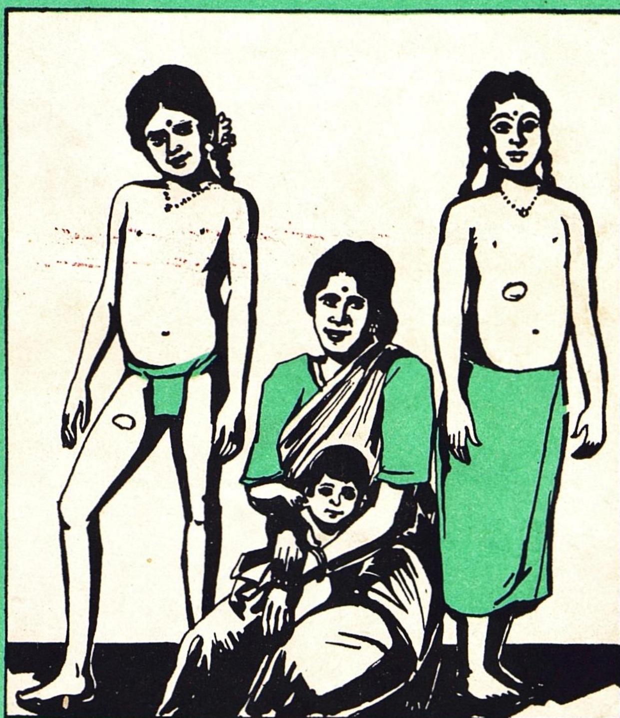
பால்வினை நோய்கள்

(VENEREAL DISEASES)

டாக்டர் ப.நா. இரங்கய்யா M.D.

டாக்டர் கு. விஜயலட்சுமி M.D.





தமிழ்நாட்டுப் பாடநூல் நிறுவனம்

த. பா. நி. (க.வெ.) வரிசை எண் — 857

பால்வினை நோய்கள்

ஆசிரியர்கள்

டாக்டர் ப. நா. இரங்கையா, எம்.டி., எப்.ஏ.எம்.எஸ்.,
எப்.டி.எஸ்., எப்.ஏ.ஏ.டி., எப்.ஐ.பி.எச்.ஏ.,
ஒய்வு பெற்ற பேராசிரியர், பால்வினை நோய்த்துறை,
சென்னை மருத்துவக் கல்லூரி,
சென்னை.

டாக்டர் கு. விஜயலட்சுமி, எம்.டி., டி.வி.,
இயக்குநர் – பேராசிரியர், பால்வினை நோய்த்துறை,
சென்னை மருத்துவக் கல்லூரி, அரசு பொது மருத்துவமனை,
சென்னை.



தமிழ்நாட்டுப் பாடநூல் நிறுவனம்

First Edition—October, 1979

Number of Copies—1000

T.N.T.B.S. (C.P.) No. 857

VENEREAL DISEASES

Dr. P. N. Rangiah and
Dr. K. Vijayalakshmi

Price Rs. 3-60

Published by the Tamilnadu Textbook Society under the Centrally Sponsored Scheme of production of books and literature in regional languages at the University level, of the Government of India in the Ministry of Education and Social Welfare (Department of Culture), New Delhi.

Printed by

BHAGAT PRINTERS,
55, Railway Station Road,
Alandur, Madras-600 016.

அணிந்துரை

(திரு. செ. அரங்கநாயகம், தமிழகக் கல்வி அமைச்சர்)

தமிழைக் கல்லூரிக் கல்வி மொழியாக ஆக்கிப் பத்தொன்ப தாண்டுகள் ஆகிவிட்டன. குறிப்பிட்ட சில கல்லூரிகளில் இளங் கலை வகுப்புவரை மாணவர்கள் தங்கள் பாடங்கள் அனைத் தையும் தமிழிலேயே கற்றுவந்தனர். 1969ஆம் ஆண்டிலிருந்து அறிவியல் பாடங்களையும் தமிழிலேயே கற்பிக்க ஏற்பாடு செய்துள்ளோம். தமிழிலேயே கற்பிப்போம் என முன்வந்துள்ள கல்லூரி ஆசிரியர்களின் ஊக்கம், பிற பல துறைகளில் தொண்டு செய்வோர் இதற்கெனத் தந்த உழைப்பு, தங்கள் சிறப்புத் துறைகளில் நூல்கள் எழுதித்தர முன்வந்துள்ள நூலாசிரியர்கள் தொண்டுணர்ச்சி இவற்றின் காரணமாக இத்திட்டம் நம்மிடையே மகிழ்ச்சியும் மன நிறைவும் தரத்தக்க வகையில் நடைபெற்று வருகிறது. இவ்வகையில் கல்லூரிப் பேராசிரியர்கள் கலை, அறிவியல் பாடங்களை மாணவர்களுக்குத் தமிழிலேயே பயிற்று விப்பதற்குத் தேவையான பயிற்சியைப் பெறுவதற்கு மதுரைப் பல்கலைக்கழகமும் சென்னைப் பல்கலைக்கழகமும் ஆண்டு தோறும் எடுத்துவரும் பெரு முயற்சியைக் குறிப்பிட்டுச் சொல்ல வேண்டும்.

வரலாற்றியல், அரசியல், உளவியல், பொருளியல், மெய்ப்பொருளியல், புவியியல், புவியமைப்பியல், மனையியல், கணிதவியல், இயற்பியல், வேதியியல், உயிரியல், வானியல், புள்ளியியல், விலங்கியல், தாவரவியல், பொறியியல், சட்டவியல் ஆகிய எல்லாத் துறைகளிலும் மூலநூல்கள், மொழிபெயர்ப்பு நூல்கள் என்று இரு வகையிலும் தமிழ்நாட்டுப் பாடநூல் நிறுவனம் நூல்களை வெளியிட்டு வருகிறது.

இவற்றுள் ஒன்றான பால்வினை நோய்கள் என்னும் இந்நூல் தமிழ்நாட்டுப் பாடநூல் நிறுவனத்தின் 857ஆவது வெளியீடாகும். கல்லூரித் தமிழ்க் குழுவின் சார்பில் வெளியான 35 நூல்களையும் சேர்த்து இதுவரை 892 நூல்கள் வெளிவந் துள்ளன. இந்நூல் மைய அரசு, கல்வி, சமூகநல அமைச்சகத்தின் 'மாநில மொழியில் பல்கலைக்கழக நூல்கள் வெளியிடும் திட்ட'த்தின்கீழ் வெளியிடப்படுகிறது.

தமிழில் பயிலும் மாணவர்கள் உலக மாணவர்களிடையே சிறந்த இடம் பெறவேண்டும் என்பதே நம் குறிக்கோளாகும். கல்லூரிகளிலும் பல்கலைக்கழகங்களிலும் கலையியற் பாடங் களையும், அறிவியற் பாடங்களையும், தொழில்நுட்ப அறிவுப் பாடங்களையும் பயிலுகின்ற மாணவர்கள் அவற்றைத் தமிழில் பயிலவேண்டும் என்பதை வலியுறுத்தி வருவதற்குக் காரணம், தமிழறிவு வளரவேண்டும் என்பதைவிட, தமிழ் மக்களின் அறிவு ஆற்றல் எளிதாக, விரைவாக வளரவேண்டும் என்பதுதான். 'எதிலும் தமிழ்; எங்கும் தமிழ்' என்னும் குறிக்கோளை நிறை வேற்ற வேண்டிய கடப்பாடு தமிழகத்து ஆசிரியப் பெரு மக்களையும் மாணவர்களையும் சார்ந்ததாகும். தமிழ்நாட்டுப் பல்கலைக்கழகங்களின் பல்வகை உதவிகளுக்கும் ஒத்துழைப் புக்கும் நம் மனம்கலந்த நன்றி உரித்தாகுக!

செ. அரங்கநாயகம்

பொருளடக்கம்

கலவியினால் கடத்தப்படும் நோய்கள்

உலக சுகாதார ஸ்தாபனத்தின் 13ஆவது கூட்டத் தொடர் தந்துள்ள விளக்கவுரையின் முதலாவது ஷரத்து கீழ்வருமாறு கூறுகிறது:

பால்வினை நோய்கள்

இதில் எல்லா வகையான கிரந்தி நோய்களும், சிக்கலான அல்லது சிக்கலற்ற சிறுநீர்ப் புறவழி அழற்சிகளும் (எவ்வகைத் தோற்றம் கொண்டதாயினும்), மெதுப்புண்களும் (Chancroid), அரையாப்புக் கட்டிகளும் (Lympho-Granuloma Venereum), மணற்கழலைப் புண்களும் (Granuloma Inguinale) மற்றும் உடலுறவு சார்ந்த பிற எல்லா ஸ்தல அல்லது பொதுவான நோய் நிலைகளும் அடங்கும்.

கிரந்தி, மேகம், மெதுப்புண், அரையாப்புக் கட்டி, மணற் கழலைப் புண் ஆகியவை இங்கு விரித்துரைக்கப்பட்டுள்ளன. இதர சில நோய்கள் பொதுவாகக் கூறப்பட்டுள்ளன.

1975 மே மாதம் நடைபெற்ற 28ஆவது உலக சுகாதார ஸ்தாபனத்தின் கூட்டம், 'பால்வினை நோய்கள்' (Venereal Diseases) என்னும் சொற்றொடருக்குப் பதில் 'கலவியினால் கடத்தப்படும் நோய்கள்' என்னும் பிரயோகத்தைப் பரிந் துரைத்தது.

கிரந்தி நோய்
(Syphilis)

கிரந்தி ஓர் ஒட்டிப்பரவும் நோய்; நாகரிக உலகு முழுவதிலும் காணப்படக் கூடியது; நீண்ட காலத்திற்குத் தொல்லை தரத் தக்கது; எல்லா வகையான நோய்க்குறிகளையும் காட்டவல்லது; இரண்டாவது தலைமுறையைச் சேர்ந்தவர்களுக்கும் கடத்தப் படக்கூடியது. அது பெருமளவிலான ஒரு பொது சுகாதாரத் தீங்காகும். இதனை (அ) பெறப்பட்டது, (ஆ) பிறவியிலேயே அடையப்பெற்றது என்று பிரிக்கலாம்.

பாக்டீரியலியலும் நோயியலும்

'டிரிப்போனிமா பேலிடம்' (Treponema pallidum) என்னும் (பழைய பதப்பிரயோகம் 'ஸ்பைரோகீடா பேலிடம்' என்பதாகும்) திருகு நுண்ணுயிரால் இந்த நோய் ஏற்படுகிறது. இதனை 1905ஆம் ஆண்டு ஷோடின், ஹாப்மென் என்ற இருவரும் கண்டு பிடித்தனர். இந்த நுண்ணுயிர், ஆக்ஸிஜன் அற்ற ஊடகத்தில் வாழும் பாக்டீரியா இனத்தைச் சார்ந்தது. ஈரமற்ற உலர்ந்தநிலை அல்லது பலவீனமான கிருமி நாசினிகள் போன்ற பாதகமான சூழ் நிலைகளில், இந்த நுண்ணுயிர் கொல்லப்பட்டுவிடும், அல்லது சக்தியிழந்துவிடும்.

இந்த நுண்ணுயிரைத் தெளிவாக உருப்பெருக்கியில் எடுத்துக் காட்டப் பயன்படுத்தப்படும் வண்ணம் ஏற்றுமுறைகள் மிகச் சிறந்தவை என்று கூறுவதற்கில்லை; அவை நிச்சயமானவை அல்ல. தீங்கு விளைவிக்கும் இதர திருகு நுண்ணுயிர்களிலிருந்து மாறு பட்ட சில விசேஷ அமைப்புகளும், அசைவு இயக்கங்களும், 'டிரிப்போனிமா பேலிடம்' நுண்ணுயிருக்கு உண்டு. நுண் பெருக்கியின்கீழ் இருண்ட பின்னணியில் அதை நோக்கினால், ஒழுங்கான நெருங்கிய சுருள்களுடன், கூர்மையான நுனிகளைக் கொண்ட, சற்று வெளிறிய அல்லது நல்ல வெண்மை நிறத்துடன் கூடிய உயிர்ப் பொருளாக அது தோற்றமளிக்கிறது. அதன் மூவகை இயக்கங்களை நாம் காண முடியும். அவை: (1) நுண் பெருக்கியின் கீழுள்ள நமது பார்வை அரங்கில் அது மெல்லமெல்ல ஒருபுறத்திலிருந்து மறுபுறத்திற்கு நகர்தல், (2) அதன் நீள் அச்சு வாக்கிலேயே அது சுழலுதல், (3) பக்கவாட்டில் வளைந்து நிமிரும் அலைபோன்ற அசைவு ஆகியவை. கடைசியாகக் கூறப்பட்டது இந்த நுண்ணுயிருக்குண்டான விசேஷத் தன்மையாதலால், புதி தாகப் பெறப்பட்ட மாதிரிகளில் இது நன்கு கவனிக்கப்பட வேண்டும். டிரிப்போனிமா பேலிடத்தின் சராசரி நீளம், ஓர் இரத்தச் சிவப்பு அணுவின் (Red blood corpuscle) விட்டத்திற்குச் சமமானது.

மனித உடலினுள் நுண்ணுயிர் நுழைந்தவுடன், உடல் ஒரு குறிப்பிட்ட வகையில் மறுவினை புரிகிறது. கிரந்தி ஏற்படுத்தும் பிரதான நோய்க் கூறுகள் மூன்று வகையானவை: (1) நிணநீர் அணுக்களும், பிளாஸ்மா செல்களும் இரத்தக் குழலைச் சுற்றி ஊடுருவல், (2) இரத்தக் குழல்கள் வெளிப்புறமும் உட்புறமும் தடித்தல், (3) திசுக்கள் நார்ப்பொருளாகி, அவற்றில் வடு ஏற்பட்டு, அதன் விளைவாகப் பாரன்கைமாடஸ் திசுக்களின் அமைப்பும் பணிகளும் நாசமடைதல். கிரந்தி நோயின்போது

ஏற்படும் பல்வேறு நோய் அறிகுறிகளுக்கும் காரணம் பிரதான மாக இரத்தக் குழல்களில் ஏற்படும் நோய்க்கூறுகளே. உதாரண மாக, ஒரு மெதுப்புண் கடினமானதாக இருத்தல்; கம்மா (Gumma) என்றழைக்கப்படும் புண்ணில் திசுக்கள் இறந்துபட்டு அது காய்த்துப்போதல்; மூளை இரத்தக்குழல்களில் தடிப்பு அல்லது அடைப்பு ஏற்படுதல் ஆகியவற்றைக் குறிப்பிடலாம்.

பெறப்படும் கிரந்தி

பெரும்பாலான சந்தர்ப்பங்களில் நோய் கொண்ட ஒருவரிடமிருந்து, கலவியின்போது இது மற்றவருக்குப் பரவி விடுகிறது. எனினும் டாக்டர்கள், நர்ஸுகள், செவிலியர் ஆகியோர் தங்களது தொழில்முறைப் பணிகளின்போது, தங்களை யறியாமலேயே நோயைப் பெற்றுவிடும் சந்தர்ப்பங் களும் அசாதாரணமான தல்ல. இந்த நோயை விவரிப்பதற்குச் சௌகரிய மானதொரு முறையாக, ரிக்கார்டு என்பாரது பழைய, நோயின் வளர்ச்சிப் போக்கினை யொட்டி வகைப்படுத்தும் முறையே இப்பொழுது பின்பற்றப் படுகிறது. அதன்படி கிரந்தி, (1) முதல்நிலைக் கிரந்தி, (2) இரண்டாம் நிலைக் கிரந்தி, (3) மூன்றாம் நிலைக் கிரந்தி எனப் பாகுபடுத்தப் படலாம். என்றாலும், கிரந்தியானது உடலில் ஒட்டிக்கொண்ட நேரத்திலிருந்தே, ஆரம்ப அறிகுறியான மெதுப்புண் தோன்றத் தொடங்கு முன்னரே, உடலினுள் நோய் ஏற்பட்டுவிடுகிறது என்பதை நினைவில் கொள்ளவேண்டும்.



படம் 1-A

முதல்நிலைக் கிரந்தி

கிரந்தி நோய்க் கிருமி உடலில் புகுந்த பின்னர், நோய் உருவாகும் காலம் அல்லது நோய் வளர்காலம் 10 தினங் களிலிருந்து 4 மாதகாலம் வரையாகும். சராசரி 3 வாரங்கள் எனலாம். முதல்நிலைக் கிரந்தியின்போது, பிறப்பு உறுப்பில் ஓர்

ஆரம்பப் புண் தோன்றுகிறது; அதனுடன் அப் பகுதியிலுள்ள நிணநீர்ச் சுரப்பிகள் பெருத்துவிடுகின்றன. இந்த ஆரம்பப் புண்ணைச் 'சாங்கர்' (Chancre), கடின 'சாங்கர்' (Hard Chancre) அல்லது ஹன்டரியன் 'சாங்கர்' (Hunterian Chancre) எனப் பல்வகையாகக் கூறுவதுண்டு.

இந்தச் 'சாங்கர்' புண்ணின் நோய் அறிகுறித் தோற்றத்தின் அம்சங்கள் பின்வருமாறு:

வெடித்த பருப்புண்ணைப்போன்று அது இருக்கும். சாதாரணமாக ஒற்றையாகத்தான் தோன்றுகிறது; வலியிருப்பதில்லை: தடித்திருக்கும்; ஆழமற்ற புண்ணாக, விளிம்புகள் மடித்துவிட்டது போன்றிருக்கும்; அழுத்தினாலும்கூட எளிதில் அப்புண்ணிலிருந்து இரத்தம் வருவதில்லை. நோய்க் கூடத்திற்கு வரும் சராசரி இந்திய நோயாளிகளிடம் இந்த நோய்க் கூறுகளில் பல மாறுதல்கள் காணப்படுகின்றன. கிரந்தி நோயை யொட்டி, வேறு சில திருகு நுண்ணுயிர்களினால் ஏற்பட்ட இரண்டாம் பட்ச நோயினாலோ, டுக்ரே நுண்கிருமியினாலோ, எரிச்சலேற்படுத்தும் சில மருந்துகளைப் போட்டதனாலோ ஏற்படும் விளைவுகளின் காரணமாக அத்தகைய மாற்றங்கள் காணப்படுகின்றன.



படம் 1-B

(படம் 1-A, 1-B) பெறபபட்ட கிரந்தி ஆரம்ப முதல்நிலைப் புண். ஆண்குறியின் நுனிப்பாகத்தில் தோன்றியுள்ள 'சாங்கர்' (மெதுப்புண்).

ஆண்களில், இந்தப் புண் ஆணுறுப்பின் எந்தப் பாகத்திலும் தோன்றக்கூடும். ஆனால், பெரும்பாலும் அது ஆண்குறியின் தோலுக்குக் கீழுள்ள நுனிப்பாகத்திலோ, அல்லது அதைச் சுற்றியுள்ள பகுதியிலோ தான் தோன்றுகிறது. ஆண்குறித் தண்டின் மத்திய பாகத்திலும், தண்டின் பிற பகுதியிலும் அல்லது விதைக்கொட்டைகளிலும் ஏற்படும் கிரந்திப்புண், ஆண்குறியின் நுனிப்பாகத்திலும் அதைச் சுற்றியுள்ள பகுதியிலும் ஏற்படும் புண்ணினை ஒத்த தோற்றம் அளிக்காததால் ஏமாற்றிவிடக்கூடும். பெண்களில், இப்புண்

சாதாரணமாக ஏற்படுவது கருப்பையின் கழுத்துப் பாகத்தில் தான். அடுத்து, பெண்குறியின் உதட்டுப் பாகத்திலோ, அல்லது 'கிளிட்டரிஸ்' என்னும் 'மன்மத முகட்டிலோ' தோன்றலாம். பொதுவாகப் பெண்களிடம் ஏற்படும் இந்தப் புண், கிரந்தியின் விசேஷத் தன்மைகளைக் கொண்டிராததாலும் புண் தடிப்பாக இராததாலும், உள்ளுறுப்பில் தோன்றும் காரணத்தாலும் எளிதில் கண்டுபிடிக்கப்படாதுபோகலாம். தொடையிடுக்குகளில், ஒரு புறத்திலோ, இரு புறங்களிலுமோ நிணநீர்ச் சுரப்பிகள் பெரிதாகி, வலியின்றித் தனித்தனியே பிரிந்து காணப்படும். இரப்பர் போன்ற தன்மையுடையதாக அது தோற்றமளிக்கும்.

பிறப்பு உறுப்பு நீங்கலாகப் பிற உறுப்புகளில் தோன்றும் மெதுப்புண்: இந்த நோய் உடலின் எப்பகுதியிலும் தோன்றக் கூடும். சாதாரணமாக அது தோன்றும் இடங்கள்: உதடு, நாக்கு, தொண்டையிலுள்ள டான்சில் சதை, கண், விரல், மார்பு, இடுப்புப் போன்ற பாகங்களாகும். அந்தந்தக் குறிப்பிட்ட மக்களின் விசேஷப் பழக்க வழக்கங் களைப் பொறுத்து, இப் புண் தோன்றும் இடங்கள் அமை கின்றன.



படம் 2

பெறப்பட்ட கிரந்தி ஆரம்பநிலை
பிறப்புறுப்பு நீங்கலாகப் பிறவிடங்களில்
தோனறும் மெதுப்புண் - வாயின் வலது
இடுக்கில் காணலாம்.

ஆரம்ப இரண்டாம் நிலை, அல்லது உடல் அமைப்பில் கலந்து விட்ட கிரந்தி

4-லிருந்து 12 வார இடைவெளிக்குப் பின்னர், சில வேளைகளில் 'சாங்கர்' புண் முழுமையாகக் குணமடைவதற்கு முன்னர், உடலின் பல உறுப்புகளில் நோய் உள்ளிருந்து வெளிப்பாடடையத் தொடங்குகிறது. அவற்றுள் குறிப்பிடத்தக்கது, தோலிலும் எலும்பிலும் ஏற்படும் புண்களாகும்.

(அ) தோல் கிரந்தி: நோயாளிக்கு உடலில் தடிப்புகள் தோன்றுகின்றன. அவை கீழ்க்காணும் தன்மைகளைக் கொண்டவை:

(1) அவை பரவலாகக் காணப்படுகின்றன; உடலின் இரு பகுதிகளிலும் — வலப்புறமும் இடப்புறமும் — சமச்சீராகத் தோன்றுகின்றன.

(2) ஒரு சாதாரண, சராசரி இந்திய நோயாளிக்கு ஏற்படும் அத் தடிப்புகள், மெருகேற்றப்படாத தாமிரத்தின் நிறத்தை ஒத்ததாக இருக்கும்.



படம் 3

பெறப்பட்ட கிரந்தி—இடது முன்கையில் தோன்றியுள்ள மெதுப்புண்.

(3) இத் தடிப்புகளில் சாதாரணமாக அரிப்பு ஏற்படுவதில்லை; எனினும் தற்செயலாகத் தோலில் அதே நேரத்தில் ஏற்படும் வேறு சில அரிப்பு நோய், கிரந்தி நோயின் விசேஷ அறிகுறிகளைக் குழப்பிவிடலாம்.

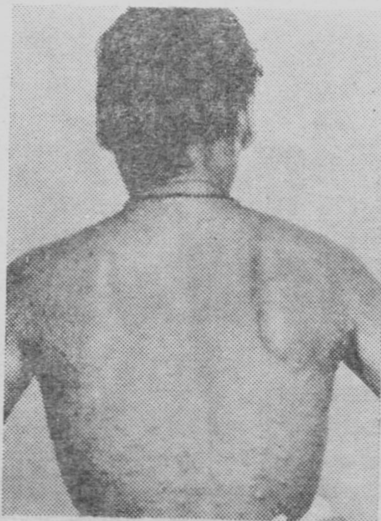
(4) ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட பலவகைத் தன்மைகளைக் கொண்ட தடிப்புகளாக அவை இருக்கும்.

(5) ஏற்படும் தடிப்புகள் சற்றுக் கடினமானவையாக இருப்பதுடன், தோற்றத்திற்குத் தீவிரத் தன்மை படைத்தனவாக இருப்பதில்லை.

(6) ஆரம்பத்தில் தோன்றுபவை தாற்காலிகமான தோல் தடிப்புக் கிரந்தியாகும்; இருப்பினும், இரு பக்கங்களிலும் முதுகிலும் தோன்றும் இவற்றை நல்ல கறுப்பு நிறமுடையவர்களிடம் காணத் தவறிவிடக்கூடும். ஆனால், தோலின் ஒரு பக்கவாட்டிலிருந்து ஒளி வீசப்படும்போது இவற்றை எளிதில் காணக்கூடும்.

மிகப் பெரும்பாலும் தோன்றும் இந்தக் கிரந்திப் பருக்கள் பல்வேறு அளவுடையனவாக உள்ளன. 'டோம்' வடிவமுடையனவாக, தனித்தனியானவையாக, கடினமானவையாக, தீவிரத்தன்மையற்ற தோற்றத்துடன் உள்ளன. நோயின் தீவிரத்தையும் தனிப்பட்டவர்களின் நோய் எதிர்ப்புத் திறனையும் பொறுத்து, வேறு பலவகைப்பட்ட தோல் தடிப்புகள் தோன்றுவது, கிரந்தியின் வேறு பல ரகங்களேயாகும். அவை சற்று நீண்டோ வட்டமானவையாகவோ செதில்களாகவோ, சீழ்கோத்தவையாகவோ, ஆழமானவையாகவோ, உலர்ந்தவையாகவோ காணப்படலாம்.

(ஆ) சவ்வுத் திசுவிலும், சவ்வுத் தோல் பகுதியிலும் தோன்றும் புண்கள்: தோல் தடிப்புகளுடன் சேர்ந்தோ அவை இல்லாமலோ கிரந்திப் புண்கள் சவ்வுத் திசுக்களிலும், உடலில் சவ்வுத் திசுவும் தோலும் சந்திக்குமிடத்திலும் தோன்றுகின்றன. தோன்றியபின் விரைவில் மறைந்துவிடும். தொண்டைக் கரகரப்பைத் தொடர்ந்து, உதடுகள், நாக்கு, அண்ணம், அடித் தொண்டை ஆகியவற்றில் புண்கள் தோன்றுவது, நோயின் இக் கட்டத்தில் சாதாரணமாக ஏற்படுவதாகும். சவ்வுத்தோல் திசுவில் ஏற்படும் கிரந்திப் புண்கள் மூன்று வகைப்படும். அவையாவன: வெளிர் சிவப்புநிறப் புண்கள், இந்த நோய்க்கே உரித்தான சாம்பல் நிறங்கலந்த வெண்மைச் சவ்வுத் தடிப்புகள், தோலும் சவ்வுப் பகுதியும் இணையுமிடத்தில் பருக்கள் போன்று தோன்றும் புண்கள் ஆகியவையாகும். முதலிருவகைப்பட்டவை சாதாரணமாக வாய், உதடு, தொண்டையிலுள்ள சவ்வுப் பகுதியில் காணப்படுகின்றன. கடைசி வகைப்பட்ட புண், குதத்துவாரத்தைச் சுற்றியும், ஆண், பெண் இரு பாலாரிடையேயும் பாலினக் குறிகளிலும், கை கால் இடுக்குகளிலும், தொங்கிக்கொண்டிருக்கும் மார்பகத்தினடிப்புறத்திலும் தோன்றுகின்றன. இந்தப் புண்களில் கிரந்தி நோய்க் கிருமிகள் நிறைந்திருக்கும். அவை எளிதில் தொற்றிக்கொள்ளும் தன்மை படைத்தவை.

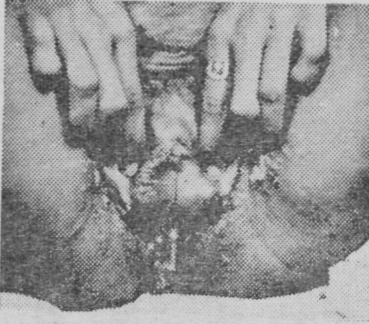


படம் 4

பெறப்பட்ட கிரந்தி—ஆரம்ப, இரண்டாம் நிலை—முதுகில் தோன்றியுள்ள கிரந்திப் பருக்கள்.

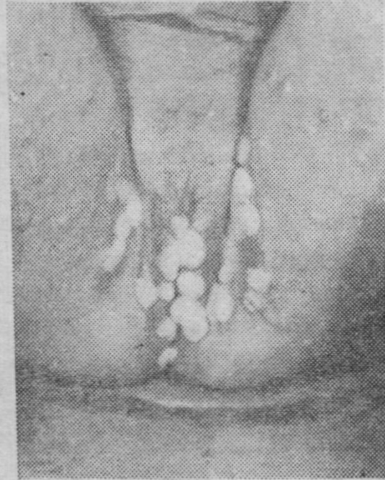
(இ) எலும்புக் கிரந்தி: மூட்டுகளிலும் எலும்புகளிலும் எவ்வித நிதர்சனமான வீக்கமுமின்றி, உடலின் இடம், வலம் ஆகிய இருபுறங்களிலும் தீவிரமான வலி ஏற்படுவது, கிரந்தியின் ஆரம்ப நிலை வெளிப்பாடுகளில் ஒன்றாகும்; இந்த வலி இரவு நேரத்தில் மேலும் அதிகரிக்கும்.

ஆரம்பநிலைக் கிரந்தியின் எலும்பு அழற்சிகள், சாதாரண மாக, பெருமளவு தோல் பரப்பைக்கொண்ட நீண்ட எலும்புகளி லேயே ஏற்படுகின்றன. அவ்வழற்சிகள் பல ஏற்படுவதுடன், வலி சில சமயங்களில் விட்டுவிட்டுத் தோன்றக்கூடும். ஏற்படும் வீக்கம் அசாதாரணமாக மிருது வாக இருக்கும். சாதாரண மாகப் பாதிக்கப்படும் எலும்புகள், முழங்கால், 'டிபியா' கழுத்துப் பட்டை, மார்பு, முழங்கை, 'அல்னா' வின் பிற்பகுதி, மற்றும் இதர நீண்ட எலும்புகள் ஆகியவையே.



படம் 5-A

கிரந்தியின் இரண்டாம் அல்லது பகட்டான இந்தக் கட்டத்தில் குறைந்த அளவில் காய்ச்சல், உடல் அசதி, இலேசான சோகை ஆகியவை, நிணநீர் முடிச்சுகளில் வீக்கத்துடன் ஏற்படு கின்றன. உடலின் எல்லாப் பகுதிகளிலும் நிணநீர்ச் சுரப்பிகளில் வீக்கம் தோன்றுகிறது; தலை, முகம், பிறப்பு உறுப்புகளில் முடி உதிர்ந்து விடுவதும் அசாதாரண மானதன்று.



படம் 5-B
(படம் 5-A, 5-B) பெறப்பட்ட கிரந்தி—
ஆரம்ப இரண்டாம் நிலை.
காண்டிலோமேடா லேடா.

ஆரம்ப, மற்றும் இரண் டாம் நிலைக் கிரந்தி நோயின் வெளிப்பாடுகள் எவ்விதச் சிகிச்சையுமின்றி, திடீரென மறைந்துவிடக் கூடும் என்பதையும் நாம் மனத்தில் கொள்ள வேண் டும். இரண்டாம் நிலைக் கிரந்தியின் அறிகுறிகளும், நோய்க் குறிகளும் தோன் றியதைத் தொடர்ந்து இரண்டிலிருந்து மூன் றாண்டுக் காலத்திற்கு, சிகிச்சை ஏதும் அளிக்கப்படாத கிரந்தி நோயாளிக்குத் திடீர் திடீரென நோயின் அறிகுறிகள் ஏற்படுவதும், இடையிடையே அது பூரணமாக அடங்கிவிடுவதுமாக இருக்கும்.

இரண்டாம் நிலை மீண்டும் தோன்றுதல் அல்லது அந் நிலையின் இறுதிக்கட்ட வெளிப்பாடுகள்

இவை பல்வேறு வகைப்பட்டவை. அவை :

(1) புண் மீண்டும் ஏற்படுதல்.

(2) சவ்வுப் படலத்தில் நோய் மீண்டும் ஏற்படுதல்.

(3) தோலில் மீண்டும் புண்கள் வெடித்தல்.

(4) எலும்பில் மீண்டும் அவை ஏற்படுதல்.

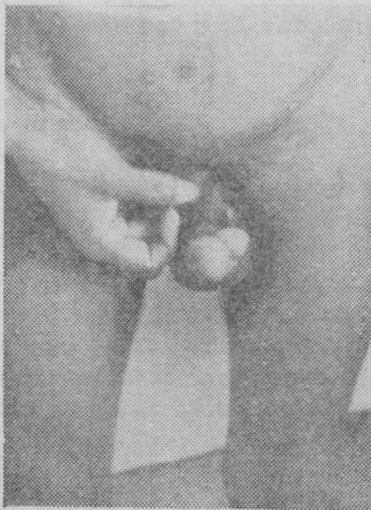
(5) நுண் உணர் உறுப்பொன்றில், உதாரணமாக, கண்ணின் கருவிழிப் படலத்தில் புண் உண்டாதல்.

(6) மத்திய நரம்பு மண்டலத்தின் ஆதார அமைப்புகளில் (மூளைப் போர்வை—meninges, இரத்தக்குழல்கள் ஆகியவற்றில்) புண் ஏற்பட்டு, அதன் காரணமாக, மூளைப் போர்வைச் சுழற்சி (meningitis), மூளை நரம்புகள் உணர்ச்சியிழத்தல், ஏதேனும் ஒரு பக்கக் கை கால் உறுப்புகள் உணர்ச்சியிழத்தல், அல்லது ஏதேனும் ஒரு பக்கம் முழுமையுமே உணர்ச்சியிழத்தல் ஆகியவை தோன்றக்கூடும்.

(7) இந்தக் கட்டத்தில் நோயாளி கருவுற்றிருந்தால், நோய் மீண்டும் தீவிரமடைவதன் காரணமாக, கிரந்தியால் பீடிக்கப் பட்ட குழந்தை பிறக்கலாம்.

தோலில் கிரந்திப் புண் மீண்டும் தோன்றும்போது, அதன் விசேஷத் தன்மைகளாவன: உடலின் இரு புறங்களிலும் ஒரே சீராக அல்லாமல், ஆங்காங்கே தோன்றுகின்றன. வட்டவடிவத் திலோ, வட்டப்பகுதி வடிவத்திலோ தொகுதிகளாகப் புண்கள் ஏற்படுகின்றன. அவை பல்வகை வடிவங்களில் காட்சி தரும். வட்டவட்டமாகவோ, தட்டையான மேற்புறத்தைக் கொண்ட கொத்தாகவோ, படராகவோ, வளையங்களாகவோ, முடிச்சுகளாகவோ, திறந்த வாய் அற்ற அல்லது வெடிப்பு வாயுள்ள புண்களாகவோ இருக்கக்கூடும். கண் கருவிழிக் கிரந்தி (Syphilitic Iritis) அல்லது கருவிழியைச் சுற்றிய வட்டப்புண் (Iirdo Cycletis) பற்றி விசேஷமாகக் குறிப்பிடவேண்டும். வெப்பப் பிராந்தியங்களில் இவ்வகை பெரும்பாலும் காணப்படு கிறது; இது ஆரம்ப நிலைத் தோல் தடிப்புகள் மறைந்த உடனேயோ, நோய் உடலினுள் மறைந்திருக்கும் ஆரம்பப்

பருவத்திலேயோ தோன்றுகிறது. இந் நிலை மிகுதியும் அறி குறிகள் ஏதுமற்று இருக்கும்; இதன் விளைவாகக் கருவிழி, விழி லென்ஸுடனோ, விழிவெண்படலத்துடனோ ஒட்டிக்கொள்ளும் நிகழ்ச்சி துரிதமாக நடைபெறுவதால், நோயாளி பெருமளவுக்குக் கண்பார்வையை இழக்க நேரிடுகிறது.



படம் 6
பெறப்பட்ட கிரந்தி—ஆரம்பநிலை.
பிறப்புறுப்புகளிலும், கை கால்களிலும் தோன்றும் பருப்புண்கள்.

சிகிச்சை ஏதும் பெறாத கிரந்தி நோயுற்றவர்களின் இறுதி முடிவு என்ன வாகிறது என்பதைத் தெரிந்து கொள்வது சுவை யானது. சிகிச்சை பெறாத கிரந்திநோய் கொண்டோ ரில் 20 சதவிகிதத்தினர் திடீரெனக் குணமடைந்து விடுகின்றனர்; அவர்களுக்கு நோயின் அறிகுறிகள் ஏது மில்லை என்பதுடன் இரத் தப் பரிசோதனைக்குட் படுத்தினாலும் நோய் அறி குறிகள் காணப்படுவ தில்லை. மேலும் 20-லிருந்து 25 சதவிகிதத்தினருக்கு ஆபத்தற்ற, காலதாமத மான அல்லது மூன்றாம் நிலைக் கிரந்திநோய்ஏற்படு கிறது. மற்றொரு 25 சதவிகிதத்தினருக்கு, 15-லிருந்து 20 ஆண்டுக் கால இடைவெளியில் மத்திய நரம்பு மண்டலத்திலும் இருதய இரத்த ஓட்ட மண்டலத்திலும், மெல்ல மெல்ல, ஆபத் தான, மிக நாட்பட்ட அழற்சி மாற்றங்கள் ஏற்படுகின்றன. மீதி யுள்ள சிகிச்சை பெறாத கிரந்திநோய் கொண்டோரில்—இவர் களில் பெருவாரியானவர்கள் பெண்களேயாவர்—25 சதவிகிதத் தினருக்கு வாழ்நாள் முழுவதும் நோய் உள்ளடங்கி மறைந்து கிடக் கிறது; அந்தக் காலகட்டம் முழுவதும், ஒருவகைப் பரஸ்பர இணக்கத்துடன் மனித உடலில், நோய்க்கிருமிகள் தொந்தரவு ஏதும் கொடுக்காமல் ஒன்றுபட்டு வாழ்கின்றன.

ஆபத்தற்ற, காலங்கடந்த அல்லது மூன்றாம் நிலைக் கிரந்திநோய்

நாட்பட்ட கிரந்தி நோயின் அலர்ஜி வெளிப்பாடாகும் இது. இதில் திசுக்கள், குறிப்பாகத் தோலும் எலும்பும் தீவிரமாக அழிவு,

பாதிப்புக்குள்ளாகின்றன. மூன்றாம் நிலைக் கிரந்தியின் வெளிப்பாடுகள், நோய் கொண்ட மூன்றாவது ஆண்டு தொடங்கி, நோயாளியின் வாழ்வுக்கால இறுதிவரை எப்பொழுது வேண்டுமானாலும் தோன்றக்கூடும். காலங்கடந்த கிரந்தி நோயின் போது ஏற்படும் தோல் புண்கள், ஆங்காங்கே பெரும் பெரும் தடிப்புகளாகவோ முடிச்சுப் புண்களாகவோ தோன்றலாம். இவை உடலின் எந்தப் பகுதியிலும் ஏற்படலாம் என்றாலும்கூட, பெரும்பாலும் முழங்கால் மூட்டைச் சுற்றியும், காறை எலும்பு, மார்பெலும்புகளில்தாம் தோன்றுகின்றன. இந்த விசேஷ வகைப் புண் 'கம்மா' (Gumma) என்றழைக்கப்படுகிறது. இந்தக் 'கம்மா' என்பது அப்பாவித்தனமாகக் காட்சியளிக்கும் சற்றுக் கடினமான வீக்கமாகும்; அது மிருதுவாகிப் பின்னர் உடைந்து, ஒரு கொத்தப்பட்ட புண் போலாகிறது. அந்தக் குழிப்புண்ணின் அடிப்பகுதி ஒரு சதுப்புப் பகுதிபோன்று அருவருப்பூட்டுவதாக உள்ளது. முடிச்சுப்போன்ற தோல் கிரந்திப் புண்கள், சிறிய சிறிய கம்மாக்கள் வட்டவடிவமாகவோ 'அக்ரிபார்ம்' உருவிலோ சேர்ந்துள்ள தொடர் புண்களேயாகும்; அவை புண்ணாகிப் பின்னர்க் குணமடைந்து பின்னர் மீண்டும் புண்ணாகின்றன. மத்திய பாகத்துப் புண்கள் குணமடையும்போது, அவற்றைச் சுற்றி மேலும் புண்கள் உண்டாகின்றன. அப் புண்கள் குணமான பின்னர், இந் நோய்க்கே உரிய விசேஷத் தன்மை படைத்த மெல்லிய சருகுபோன்ற தழும்புகள் ஏற்படுகின்றன. அத் தழும்புகளின் மத்தியில் நிறமி அணுக்கள் ஏதும் இல்லாமலும், விளிம்புகளில் நிறமி அணுக்களுடனும் காணப்படும். பழைய கிரந்தி நோயை எடுத்துக்காட்டும் தழும்புகள் அவை.



படம் 7
பெறப்பட்ட கிரந்தி—ஆபத்தற்ற மூன்றாம் நிலை, மார்பெலும்பில் தோன்றியுள்ள 'கம்மா' (Gumma).

எலும்புகளில் ஏற்படும் மூன்றாம் நிலைக் கிரந்தி இரு வகைப்படும்: அவை: (அ) நீண்ட எலும்புகளில் பரவலாக ஏற்படும் தடிப்புகள், (ஆ) முக எலும்புகளும் மண்டையோடும் சிதைவுபட்டுச் சூம்பிப் போதல். இதில் இரண்டாவது கூறப்பட்டதுதான் சாதாரண

மாகக் காணப்படுவது. மண்டை முக எலும்புகள் மெல்லமெல்லச் சிதைவடைந்து, பழுதேற்பட்டு, துவாரங்கள் விழுந்து, பார்க்கச் சகிக்காத அவலட்சணம் உண்டாகிறது. 'கம்மா'ப் புண்கள் தசைகளிலும், குடற்பகுதிகளிலும், விதைக்கொட்டைகளிலும் ஊடுருவக்கூடும். வெப்பப் பிரதேசங்களில் காணப்படும் மற்றொரு வகையான மூன்றாம் நிலைக் கிரந்திநோயின் வெளிப்பாடு, உள்ளங்கைகளிலும் பாதங்களிலும் தோன்றும் வெண்மையும் கருமையும் கலந்த தோல் படர் ஆகும். தோல் சுருக்கங்களை அடைந்து உலர்ந்த மெல்லிய தாளைப் போன்று ஆகிவிடுகிறது. அதில் ஏற்படும் நிறமி மாற்றங்கள், சிகிச்சையினால் பாதிக்கப்படாமல், ஒரு நிரந்தரக் கிரந்தி அறிகுறியாகி விடுகிறது. இருதய மகாதமனிக்கிரந்தி, நரம்பு மண்டலக் கிரந்தி ஆகியவற்றின் வெளிப்பாடுகளை மாணவர்கள் மருந்தியல் பாடநூல்களில் காண வேண்டும்.



படம் 8

பெறப்பட்ட கிரந்தி—ஆபத்தற்ற மூன்றாம் நிலை—மண்டையோட்டில் உள்ள புண்ணும், சிதைவடைந்த தழும்புகளும்.

நோய் அறிதல் (Diagnosis)

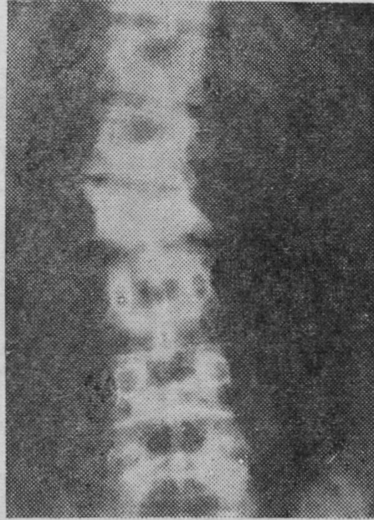
'சாங்கர்' புண் உள்ளிட்ட ஆரம்ப காலக் கிரந்தியையும் இரண்டாம் நிலைக் கிரந்திப் புண்களையும் எளிதிலும் விரைவிலும் அறிவதற்கான மார்க்கம், புண்களிலிருந்து இலேசாகச் சுரண்டி எடுக்கப்பட்ட திசுக்களை நுண்பெருக்கியின்கீழ்க் கண்டு, அவற்றில் செயலூக்கமுள்ள 'டிரிப்போனிமா பேலிட'க் கிருமிகள் உள்ளனவா என்று ஆராய்தலே ஆகும்.

இரத்தத்தில் ஏற்படும் 'ஸீர' மறுவினைகள்

கிரந்தி நோயாளிகளின் இரத்தத்தில் ஒரு குறிப்பிட்ட மறுவினைப் பொருள் உண்டு என்பதையும் அதனைச் சில பரிசோதனைக்கூடச் சோதனைகளின் மூலம் கண்டுகொள்ளலாம் என்பதையும் அடிப்படையாகக்கொண்டே இரத்தத்தில் ஏற்படும் 'ஸீர' மறுவினைச் சோதனை உருவாயிற்று. இதற்கு இரண்டு பொதுவான (நேரடியாக அல்லாமல், மறைமுகமாகக் கண்டறியும்—non-

specific—சோதனைகள் இவை) சோதனைகள் மேற்கொள்ளப்படுகின்றன. வாசர்மன் (Wassermann) மறுவினை என்றழைக்கப்படும் ஒரு சோதனை. மற்றொன்று வீழ்படிவு அல்லது அடர்ந்த கலங்கல் சோதனை. இவற்றில் 'கான் சோதனை' (Kahn Test) தான் பரவலாகக் கடைப்பிடிக்கப்படுகின்றது. இன்று வி.டி.ஆர்.எல்.(கலவி நோய் ஆய்வகம்) சோதனை, கிரந்தி நோயைக் கண்டறிவதற்காக, நாடு தழுவிய ரீதியில் நடத்தப்படவேண்டும் என்று பரிந்துரைக்கப்பட்டுள்ளது. கிரந்தி நோயைக் கண்டறிவதற்கான குறிப்பிட்ட சோதனைகள் இன்று கடைப்பிடிக்கப்படுகின்றன. அவையாவன: டிபிஐ சோதனை (TPI test), FTA-Abs 200 சோதனை, TPHA சோதனை ஆகியவை. அவற்றுள் இரண்டாவது கூறப்பட்டதே, தற்போது பரவலாக மேற்கொள்ளப்படுகிறது.

இந்த இரத்தப் பரிசோதனையின்போது, இருவார காலத்திற்கு மேற்பட்ட ஆரம்ப நிலைக் கிரந்தி, இரண்டாம் நிலை, மூன்றாம் நிலைக் கிரந்தி நோய்வாய்ப்பட்டவர்களிடம், உடன்பாடான மறுவினை (positive reaction) காணப்படுகிறது. ஆனால், சில வகையான நாட்பட்ட கிரந்தி நோயாளிகளை இப் பரிசோதனைக்கு உட்படுத்தும் போது நோய் தீவிரமாக உள்ளபோதே எதிர்மறை மறுவினையும் (negative reaction) காணப்படக் கூடும் என்பதையும் நாம் மனத்தில் கொள்ள வேண்டும். வெப்பப் பிரதேசத்தில் சாதாரணமாகப் பரவியுள்ள மலேரியா, காலா-அஸார், அமீபியாசிஸ், சுரப்பிகள் சார்ந்த காச நோய், குஷ்டம், நாட்பட்ட யானைக்கால் நோய் ஆகிய நோயுடையவர்களிடமும், இதுகாறும் கண்டறியப் படாத சிலவகை மண்ணீரல் அழற்சி நோயுடையவர்களிடமும், அவர்களது இரத்தத்தை இப் பரிசோதனைக் குட்படுத்தினால், உடன்பாடான மறுவினை காணப்படக்கூடும். அது பொய்யானது; அதுபோன்ற சந்தர்ப்பங்



படம் 9

பெறப்பட்ட கிரந்தி—ஆபத்தற்ற மூன்றாம் நிலை—முதுகெலும்பிலுள்ள ஒரு முள்ளெலும்பிலுள்ள புண்.

களில் 'டிரிப்போனிமா பேலிடம் செயலற்றுப்போகச் செய்யும் சோதனை' (Treponema Pallidum Immobilization Test) அல்லது அண்மைக்காலக் கண்டுபிடிப்பான 'புளோரசன்ட் டிரிப்போனிமல் எதிர்ப்பொருள் சோதனை' (Fluorescent Treponemal antibody Test) ஆகியவற்றை மேற்கொள்ளவேண்டும்.

இந்தியாவின் சில பகுதிகளில் 'யாஸ்' (Yaws) எனப்படும் ஒரு நோய் ஆங்காங்கேயுள்ளது என்பதையும் வெப்பப் பிரதேசத்திலுள்ள மருத்துவர்கள் மனத்தில் கொள்ளவேண்டும். நோய் ஏற்படுத்தும் நுண்ணுயிர், நோய் அறிகுறிகள், இரத்தச் சோதனையின்போது மறுவினை ஆகிய அனைத்திலும் அதனைக் கிரந்தியிலிருந்து வேறுபடுத்திக் காணமுடியாது. அதனை, வெப்பப்பிரதேசக் கிரந்தியின், பால் வினையற்ற மற்றொரு வகை என்றே அழைப்பது பொருத்தமாக இருக்கும்.



படம் 10

காலங்கடந்த கிரந்தி—இருதய இரத்த ஓட்ட மண்டலத்தில்—மார்பில் மகாதமனியில் தோன்றியுள்ளது.

அறிகுறிகளைத் தராதரப் படுத்திய நோய் நிர்ணயம்

நோய் அறிகுறிகளைத் தராதரப்படுத்தி, நோய் நிர்ணயம். செய்யப் புகும் போது, இதற்கு முன்னர்க் கூறப்பட்டுள்ள பல்வேறு புண்கள், அறிகுறிகள் ஆகியவற்றின் விசேஷத் தன்மைகளையும், மற்றும் இந்த நோயின் நாசத்திறன் பலதரப்பட்டது என்பதையும், உடலின் எந்த உறுப்பும் எந்த அமைப்பும் இதன் தாக்குதலுக்குப் பாதிப்பின்மையைப் பெற்றிருக்கவில்லை என்பதையும் மருத்துவர்கள் மனத்தில் கொண்டிருக்கவேண்டும். கிரந்திநோய் வேறு நோய்களைப்போல நாடகமாடுவதில் திறன்மிக்கது. எப்படிப்பட்ட மிக மூடாக்கான நிலையிலும், நோய் அறிகுறித் தோற்றம் எவ்வாறிருந்தபோதும், நோயாளியின் சமூக அந்தஸ்து எதுவாக இருந்தபோதும் இந்த நோய்குறித்த சந்தேகத்தைத் தெளிவாக மனத்தில் கொண்டிருக்கவேண்டும்.

பிறவியில் ஏற்படும் கிரந்தி

கிரந்தி நோயுற்ற ஒரு தாய், கருவிலிருக்கும் தனது சிசுவிற்கும் இந்த நோயைக் கடத்தும் திறன் பெற்றிருக்கிறாள் என்பதில், இந்த நோயின் ஆபத்தான, துன்பியல் அம்சத்தைக் காண்கிறோம். கருவுற்று 16வார காலத்திற்கு முன்னர், இந்த நோய் கருப்பைச் சிசுவிற்குக் கடத்தப்படுவதில்லை. கிரந்தி நோய் கொண்ட தாய்க்கு தாற்காலிகமான திடீர்க் காய்ச்சல்கள் ஏற்படுவதுண்டு; அத்தகைய காய்ச்சல் ஒன்று ஏற்படும் போது, அந்தப் பெண் கருவுற்றிருந்தால், தாயின் இரத்த ஓட்டத்திலிருந்து, நச்சுக் கொடியின் மூலம் கருப்பையிலுள்ள சிசுவின் இரத்த ஓட்டத்திற்கு நோய் நுண்ணுயிர்கள் செல்கின்றன. கிரந்தி நோய் கொண்ட தாயின் மகப்பேற்று வரலாறே, அடுக்கடுக்கான கருச் சிதைவுகளையும், இறந்து பிறக்கும் சிசுக்களையும், கிரந்தியுடன் பிறந்த குழந்தைகளையும் கொண்டதாகும். சிகிச்சையளிக்கப்படாத கிரந்தி நோயுற்ற பெண்களிடமிருந்து அண்மையில் சேகரிக்கப்பட்ட புள்ளிவிவரங்கள், பயங்கரமான உண்மைகளை எடுத்துரைக்கின்றன. ஏறக்குறைய 83 சதவிகித நோயாளிகளுக்குக் கருச்சிதைவும், இறந்த குழந்தைகள் பிறத்தலும், பிறந்த உடன் கிரந்தியினால் பீடிக்கப்பட்ட குழந்தைகள் இறத்தலும் ஏற்படுகின்றன; உயிர் வாழும் குழந்தைகளிடம் கண்பார்வை இழத்தல், காது கேளாமை போன்ற பல்வேறு தீவிர ஊனங்களைப்பற்றிச் சொல்லவே வேண்டியதில்லை.



படம் 11

பிறவிக் கிரந்தி—ஆரம்ப நிலை 'ஆஸ்டியோ காண்டிரைடிஸ்' விளைவாக 'பாரட்' என்பாரால் விவரிக்கப்பட்ட போலி வாத நோய் கொண்ட குழந்தை.

பிறவியினால் ஏற்படும் கிரந்தி நோயை வசதிக்காக இருவகைகளாகப் பிரிக்கலாம். அக் குழந்தை இரண்டு வயதுக்கு முற்பட்டதா, இரண்டு வயதுக்குப் பிற்பட்டதா என்பதைப் பொறுத்து அது இருவகைப்படும்.

பிறவிக் கிரந்தியின் ஆரம்பகால அறிகுறிகள்

ஆரம்ப அறிகுறிப் புண் இருப்பதில்லை என்பதைத் தவிரப் பெறப்படும் கிரந்தியின் ஆரம்ப நிலைகளைப் பிறவிக் கிரந்தி பெற்றுள்ளது. இதன் நோய்க்கூட வரலாறு பின்வருமாறு இருக்கும் :

குழந்தை தோற்றத்தில் ஆரோக்கியமானதாகப் பிறக்கிறது; அந்தத் தாய்க்கு ஒரு வேளை இதற்கு முன்னர் இரண்டு அல்லது மூன்று முறை கருச்சிதைவு ஏற்பட்டிருந்தாலோ அல்லது குழந்தை இறந்து பிறந்திருந்தாலோ ஆரோக்கியமான தோற்றத்துடன் கூடிய குழந்தையைப் பெற்றெடுத்தது குறித்து அந்தத் தாய் மகிழ்ச்சியும் அடையலாம். ஆனால், குழந்தை பிறந்து 6-லிருந்து 12 வாரங்களில் மெலியத் தொடங்குகிறது; சதா அழுது கொண்டிருக்கிறது; பால்குடிக்க மறுக்கிறது; குழந்தையின் தோலில் சுருக்கங்களும் மடிப்புகளும் ஏற்பட்டு, அதன் முகம், வயதான ஒரு கிழவனைப்போலத் தோற்றமளிக்கிறது.



படம் 12
பிறவிக் கிரந்தி—ஆரம்ப நிலை, கன்னத் தோல்களில் ஏற்பட்டுள்ள புண்.

தோலிலும், சவ்வுத் திசுக்களிலும், எலும்பிலும் பல்வேறு நோய் வெளிப்பாடுகள் தோன்றுகின்றன.

(1) மூக்கடைப்பு (Snuffles): இது கிரந்தியினால் ஏற்படும் மூக்குத் திசு அழற்சி; மூக்கடைப்பு ஏற்பட்டு, இரத்தங் கலந்த கசிவு ஏற்படுகிறது.

(2) கிரந்தி நோயினால் மூச்சுக்குழல் பாதிக்கப்பட்டுக் குரல் வளையில் தடங்கல் ஏற்படுவதால், குழந்தை அழும்போது அதன் குரல் மிகவும் கம்மியதாக இருக்கும்.

(3) **தோலிலும் சவ்வுப்படலத்திலும் புண் உண்டாதல்:** இது குறிப்பாக உடலின் மூன்று பகுதிகளிலேயே தோன்றுகிறது. அவையாவன: ஆசனவாய் அல்லது குதத்தைச் சுற்றியுள்ள பகுதி; வாய், மூக்குப் பகுதி; உள்ளங்கை, பாதங்கள் ஆகிய பகுதி.

இந்தப் புண்கள் கருநிறப் புண்களாகவோ, செதில்களாகவோ (குறிப்பாக உள்ளங்கைகளிலும் பாதங்களிலும்) நீர் கோத்த புண்களாகவோ, கொப்புளங்களாகவோ, நீர் கசியும் வெடிப்பு களாகவோ, காய்த்துப்போன புண்களாகவோ இருக்கலாம்.

4. எலும்புகளில் ஏற்படும் நோய்: இது மிக ஆரம்ப காலத் திலேயே பீடிக்கிறது; தாயின் கருப்பையில் குழந்தை இருக்கும் பொழுதேகூடப் பீடிக்கத் தொடங்கலாம். எலும்பைச் சுற்றி யுள்ள புறப்பகுதியில் அழற்சி (Periostitis), நீண்ட எலும்புகளின் வளரும் பகுதிகளில் (Epiphysial lines) எலும்புக்கட்டிகள் ஆகியவை தோன்றுகின்றன. இவற்றைக் குழந்தை பிறந்து முதல் ஆறு மாதங்களிலேயே அறிகுறிகளின் மூலம் தெரிந்துகொள்ளலாம். பிறவிக் கிரந்தி நோய்க் குழந்தைகளிடம் காணப்படும் 'போலி வாதம்' என்று பாரட் என்பாரால் விவரிக்கப்படும் நோயானது, எலும்புகளில் ஏற்பட்டுள்ள அழற்சியின் விளைவாக அசைவு ஏற்பட்டால் வலி தோன்றுவதனால், குழந்தைகள் தாமாகவே கைகால்களை அசைக்காமலிருப்பதுதான். அநேகமாக எல்லா விரல்களிலும் ஒரே சீராக அழற்சி ஏற்படுவதும் சில வேளைகளில் காணப்படும் எலும்புப் பாதிப்பாகும்.

நோயுற்ற குழந்தைகளில், குறிப்பிட்ட விகிதத்தினருக்குக் கல்லீரலும், மண்ணீரலும் வீங்கிப் பெரிதாகின்றன. பிறவியிலேயே கிரந்தி நோயைப் பெற்றுள்ள குழந்தைகளில் பல, பிறந்த சில மாதங்களுக்குள்ளாகவே நுரையீரல் நிமோனியா அல்லது வயிறு, குடல் புண் போன்ற இடையே தோன்றும் நோய்களினால் இறந்து விடுகின்றன.

காலந்தாழ்ந்த பிறவிக் கிரந்தி நோயின் வெளிப்பாடுகள்

கிரந்தி நோயுடன் பிறக்கும் குழந்தை, ஆரம்ப கால இடர்ப் பாடுகள் அனைத்திலிருந்தும் தப்பிப்பிழைத்தால், அது தனது குழந்தைப் பருவத்தையும், குமரப் பருவத்தையும்கூட எட்டலாம். ஆனால், பற்கள் விழுந்து முளைக்கும் பருவம், வயதுக்கு வரும் பருவம் ஆகிய குழந்தைகளின் வாழ்வில் அடுத்தடுத்துத் தோன்றும் இரண்டு உடலியக்கவியல் மாற்றங்களின்போது நோயின் பல்வேறு அறிகுறிகள் தோன்றுகின்றன. அவற்றுள் சில வளர்ச்சிமுறை கேடுகள் அல்லது தழும்புகளாகவிருக்கின்றன. சில நோயாளிகளிடம் தீவிரமான கிரந்திப் பாதிப்புகள் தோன்று கின்றன. அவை வருமாறு:

கண் பாதிப்பு

விழிவெண்படல இடைவெளிகளில் அழற்சி (Interstitial Keratitis): விழிவெண்படலத்தின் ஆழ்ந்த அடுக்குகளில் கிரந்தி வீக்கம் தோன்றி, ஒரு கண்ணையோ, இரு கண்களையுமோ பாதிப்பது பெரிதும் பரவலாகக் காணப்படும் நோய் வெளிப்பாடாகும். பிறவிக் கிரந்தி, குழந்தையின் 6ஆவது வயதிற்கும் 15ஆவது வயதிற்குமிடையே ஏற்படுகிறது. சிறிய, ஒளி ஊடுருவ முடியாத, சாம்பல் கலந்த வெள்ளை நிறப் படலங்கள் ஒரு விழி வெண்படலத்தில் தோன்றுகின்றன. அவை உருவில் பெரிதாகி, ஒன்றாகச் சேர்ந்து, ஒரேசீரான ஒளித்தடைப் படலமாகி விடுகின்றன. இந்த நிலை மற்றொரு கண்ணையும் பாதிக்கக்கூடும். சாதாரணக் கிரந்தி நோய்ச் சிகிச்சைக்கு இது கட்டுப்படுவதில்லை; ஒரு முறை ஏற்பட்டபின் மீண்டும் மீண்டும் ஏற்படும் தன்மையுடையது இது. சாதாரணமாகக் காணப்படாத, அதேபோல் எளிதில் கண்டுபிடிக்கவும் முடியாததான பாதிப்புகளில் ஒன்று, கண்ணின் இடைப் போர்வைத் திசுவில் தோன்றும் அழற்சியாகும்.



படம் 13

காலந்தாழ்ந்த பிறவிக் கிரந்தி—மூக்கின் மேற்பகுதி தட்டையாகி (saddle nose) 'ஹட்சின்சன்' பற்களுடன் கூடிய நோயாளி.

பெறப்பட்ட கிரந்தி நோயின்போது தோன்றும், அதே விதமான 'கம்மாப் புண்கள்' பிறவிக் கிரந்தி நோய்க் குழந்தைகளுக்கு, தோலிலும் எலும்பிலும் ஏற்படலாம். மேல் அண்ணம், மூக்கு எலும்புகளில் பாதிப்புகள் ஏற்படுவதனால், அவற்றில் துவாரம் விழலாம். அல்லது மூக்கின் மேற்பகுதி தட்டையாகிவிடலாம் (saddle nose). முன் மண்டை, மண்டைப் பக்க எலும்புகள் பருத்து, மண்டையோடு சதுரவடிவம் பெறுவதும் பிறவிக் கிரந்தி நோயினால் தோன்றும் குறைபாடுகளாகும். ஆனால், அதே

உருவக் கோளாறு 'ரிக்கெட்ஸ்' நோயின்போதும் ஏற்படக்கூடியதே. வாயின் ஓரங்களைச் சுற்றிலும் நீண்டு செல்லும் தழும்புகள், காறை எலும்பின் உள் நுனி மட்டும் பருத்துக் காணப்படுதல் (காறை எலும்பு அறிகுறி என்று கூறப்படுவது) ஆகியவையும் பிறவிக் கிரந்தி நோயைக் காட்டிக்கொடுத்துவிடும் அறிகுறிகளே என்றபோதும், இவை பிற அறிகுறிகளைப் போன்று அவ்வளவு எளிதில் அடையாளம் காணக்கூடியவை அல்ல. முழங்கால் மூட்டுகளில் இருபுறமும் நீர் கோத்துக்கொண்டு வீக்கம் ஏற்படுவதைச் (Hydrarthrosis) சில குழந்தைகளில் காணலாம். இது 'கிளட்டன்ஸ்' மூட்டுகள் (Cluttons joints) என்றழைக்கப்படுகின்றன. நிலைத்த பற்களைப் பாதிக்கும் பல்வரிசைக் கோளாறுகள், பிறவிக் கிரந்தியின்போது உள்ள இடையறாத வளர்ச்சிப் பாதிப்பினால் ஏற்படுகின்றன என்று கருதப்படுகிறது. ஐரோப்பிய மருத்துவ நூலாசிரியர்கள் கூறுவதைப்போல, இந்திய நோயாளிகளிடம் இந்தக் குறைபாடு வெகுவாகக் காணப்படுவதில்லை. 'ஹட்சின்சன் பற்கள்' என்றழைக்கப்படும் மேல், மத்திய பல்வரிசையில் உண்டாகும் கோளாறுகள் பல வகைப்படும். கீறல்களுடன் கூடிய, அல்லது வெட்டுப்பட்ட முன்பற்கள், இந்நோய்க்கே உரித்தான கோளாறு என்று பிரிட்டிஷ் கிரந்தி நோயியலாளர்களால் வர்ணிக்கப்படுகிறது. ஆனால், அவை பீப்பாய் வடிவத்திலான மற்றும் சிறுமுளை வடிவத்திலான முன்பற்களைப் போன்று, அவ்வளவு சாதாரணமாகக் காணப்படவில்லை. 'மூன்' அல்லது 'பௌர்னியர்' கடைவாய்ப் பற்கள் (Moon or Fournier molars) என்பவை மேற்புற நிரந்தரக் கடைவாய்ப் பற்களைப் பாதிக்கின்றன; அதன் விளைவாகப் பல் முகடுகள் குறுகி, வளைமாட வடிவில் காட்சியளிக்கின்றன. இருபுறக் கேள்வி நரம்புகளும் பழுதுபட்டுக் காது செவிடாதல், பிறவிக் கிரந்தியின் காலந்தாழ்ந்த வெளிப்பாடுகளுள் மற்றொன்று ஆகும். இது சாதாரணமாகச் சிறுவர், சிறுமியர் வயதுவரும் பருவத்தில் ஏற்படுகிறது; விழிவெண்படல அழற்சி, உருவச்சிதைவுடன் கூடிய முன் பற்கள், காது செவிடாதல் இம் மூன்றும்தாம், ஹட்சின்சன் முக்காலி (Hutchinson Triad) என்று கூறப்படுவதாகும்.

குழந்தையின் வளர்ந்துவரும் மத்திய நரம்பு மண்டலம் கிரந்திநோய்த் திருகு கிருமிகளால் பாதிப்புக்குள்ளாகிறது. எளிய வளர்ச்சிக் குறைவிலிருந்து, மிகத் தீவிரமான உடலியக்க நோய்கள் வரை பலதரப்பட்ட கோளாறுகள் தோன்றுகின்றன. மன வளர்ச்சிக் குறைவு, முட்டாள்தனம், படு மூடம், குழந்தைப் பருவ வாதம், குறுகிப்போதல் மற்றும் இரத்தக்குழல்களில் ஏற்படும் பல்வேறு வகைக் கோளாறுகள், புண்கள் ஆகிய

அனைத்தும் மத்திய நரம்பு மண்டலத்தை நோய்க் கிருமிகள் நேரடியாகத் தாக்குவதனாலோ, அதன் நச்சுத் தன்மையினாலோ விளைவதாகக் கூறப்படுகிறது.

நோய் அறிதல் அல்லது நோய் நிர்ணயம்

முன்கூறப்பட்ட பல்வேறு நோய் வெளிப்பாடுகளைக் கொண்டு பிறவியில் ஏற்படும் கிரந்தியை ஊகிக்க வேண்டும்; அதனைப் பரிசோதனைக்கூட முடிவுகளின் ஆதாரத்துடனும் நோய்த்தோற்ற விவர ஆராய்ச்சியின் மூலமும் ஊர்ஜிதம் செய்யவேண்டும். நோயினால் இறந்த குழந்தைகளின் சவப் பரிசோதனையின்போது, நோய்க்கிருமிகள் உடலெங்கும் பரவி யிருத்தலையும் பாதிக்கப்பட்ட உள்ளுறுப்புகளில் குறிப்பிட்ட அமைப்பு மாற்றங்கள் ஏற்பட்டிருப்பதையும் கண்டுகொள்ளலாம்.

கிரந்தி நோய்க்குச் சிகிச்சை

கிரந்தி நோய்க்கான தற்காலச் சிகிச்சை முறையில் இரண்டு கோட்பாடுகளை மனத்தில் கொள்ளவேண்டும். பிறருக்கு இந்த நோயைக் கடத்தமுடியாத நிலைக்கு, நோயாளியை எவ்வளவு விரைவில் கொணருவது என்னும் பொதுச் சுகாதாரச் சிந்தனை, இக்கோட்பாடுகளில் முதலாவதாகும். இரண்டாவது, அந்த நோயாளியைக் குணப்படுத்துதல். 1943ஆம் ஆண்டிற்கு முன்னர், சிந்தித்துக்கூடப் பார்த்திருக்க முடியாத அளவில் தற்காலப் பெனிசிலின் சிகிச்சை முறை, மருத்துவருக்கும் பொதுச் சுகாதார ஊழியருக்கும் திருப்திதரும் வகையில் அமைந்துள்ளது. உலகச் சுகாதார ஸ்தாபனத்தின் குறியளவுகளுக்கேற்ப 2 சதவிகித அலுமினியம் மானோஸ்டியரேட்டுடன் (2 pt. Aluminium Monostearate) கூடிய, புரோக்கேய்ன் பென்சிலின் ஜி (in oil) சிறந்த மருந்தெனக் கருதப்படுகிறது.

நோய்த் தடுப்பு அல்லது காப்புச் சிகிச்சை

சந்தேகத்திற்குரிய புணர்ச்சியின் பின்னர் 1.2 மெகா யூனிட்டுகள் பி. ஏ. எம். ஊசி போட்டுக்கொள்வதுடன், வழக்க மான கழுவிச் சுத்தப்படுத்தும் எச்சரிக்கை முறைகளையும் கை யாண்டால் போதுமானது. கருவுற்றுள்ள கிரந்தி நோய் கொண்ட பெண்ணுக்கு, உரிய காலத்தில் சிகிச்சையளித்தால் கருவுக்கு நோய் பரவுவதைத் தடுத்துவிடலாம்.

நோய் தீர்க்கும் சிகிச்சை முறை

கிரந்தி நோயின் எந்தக் கட்டத்தில் நோயாளி இருந்த போதும், அது மறைந்திருந்தாலும் அல்லது அறிகுறிகள் வெளிப்

பட்டிருந்தாலும், பி.ஏ.எம். (பென்சிலின் அலுமினியம் மானோஸ் டியரேட்) 2 கனசென்டிமீட்டர் அல்லது 6 லட்சம் யூனிட்டுகள், தினசரி ஊசிமூலம் 10 தினங்கள் தசையில் (intramuscular) செலுத்துவது போதுமானது. பிறவிக் கிரந்தி நோயுற்ற இரண்டு வயதுக்குட்பட்ட குழந்தைகளுக்குத் தினசரி 1 கனசென்டிமீட்டர் பி.ஏ.எம். அல்லது 3 லட்சம் யூனிட்டுகள் தசை ஊசியாகப் பத்துத் தினங்களுக்குப் போடவேண்டும். நோயின் நஞ்சு ஏறிவிட்ட குழந்தைகளுக்கு உப்புநீர், இரத்தம் முதலியன நேரடியாக ஏற்றப் படவேண்டி வரலாம்; அதற்கு அவசரநிலைச் சிகிச்சையளிக்க வேண்டும்.

காலந்தாழ்ந்த பிறவிக் கிரந்தியினால் அவதியுறும் நோயாளிக் குழந்தைகளுக்குச் சாதாரணமாக அளிக்கப்படும் பெனிசிலின் சிகிச்சையுடன்கூடக் கார்ட்டிகோஸ்டிராய்ட்ஸ், மற்றும் உடல் வெப்பநிலை அதிகரிப்புச் சிகிச்சை (Pyreto Therapy) ஆகியவற்றையும் — விசேஷ சந்தர்ப்பங்களில் விழிவெண்படல அழற்சி போன்ற அறிகுறிகள் காணப்படும்போது — பயன்படுத்தப்படவேண்டி வரலாம்.

பாதிக்கப்பட்ட உடற்பகுதியைப் பொறுத்து, அந்தந்தப் பாகங்களுக்கும் மேற்பூச்சு மருந்து கொடுக்கப்படுகிறது. இறந்து பட்ட டைஃபாய்டு கிருமிகளை இரத்தச் சிரைகளில் ஊசிமூலம் செலுத்தி உடல் வெப்பநிலையை அதிகரிக்கும் சிகிச்சையும் உபசிகிச்சையாகப் பயன்படுத்தப்படுகிறது. நோயைத் தீர்க்கும் நடவடிக்கைகளில் மிக முக்கியமானது, கிரந்தி நோய்த் தோற்ற அம்சத்தில் போதிய கவனம் செலுத்துவதாகும். சிகிச்சைக்கு வரும் நோயாளிக்குச் சிகிச்சையளித்து, நோயைப் பரப்பும் கலவியின் மூலமோ பிற வழிகளிலோ தொடர்பு நபர்களை விட்டுவிடுதல், தோல்வியையே தரும்; அது, நோய் மீண்டும் தோன்றவும் பீடிக்கவும் காரணமாகிறது.

எதிர் விளைவுகள்

குறிப்பிட்ட ஸ்தல, அல்லது நோய்க் குவியத்தில் அல்லது பொதுவான அறிகுறிகள் மேலும் தீவிரமடைவது 'ஜாரிச் ஹெர்க்ஸ்ஹீமர் எதிர்விளைவு' எனப்படுவதாகும். பல நோயாளிகளிடமும், முதலாவது ஊசி செலுத்தப்பட்ட 24 மணி நேரத்திற்குள்ளாக, உடல் வெப்பநிலை அதிகரிப்பதை மட்டுமே காணலாம். கிரந்தி எதிர்ப்புச் சிகிச்சையைத் தொடர்ந்துநடத்த இது ஒரு தடையன்று.

பெனிசிலின் சில நோயாளிகளிடம் அலர்ஜிக் கிரியைகளைத் தோற்றுவிக்கக்கூடும். அதுபோன்ற சந்தர்ப்பங்களில், தகுந்த அவசர நடவடிக்கைகளை மேற்கொள்ளவேண்டும். அவற்றுள் பிரதானமானது: *1000-ல் 1* பங்குள்ள *1* மில்லிலிட்டர் அட்ரினலின், தோலுக்கடியில் ஊசிமூலம் உடனடியாகச் செலுத்துதல்; அதனுடன் ஆன்டி ஹிஸ்டமினிக்ஸ், ஸ்டிராய்டு ஆகியவற்றையும் கொடுக்கவேண்டும்.

ஆன்டிபயாடிக் சகாப்தத்தில், கிரந்திநோய் பல்வேறு மருந்துப் பொருள்களில் மூழ்கடிக்கப்பட்டுள்ளதேயன்றி, அறவே ஒழிக்கப்பட்டு விடவில்லை என்பதையும், அதன் வெளிப்பாட்டு நடைமுறை மாறியுள்ளது என்பதையும் நாம் நினைவில் கொள்வது நல்லது.

மேகநோய்

பால் வினையைத் தோற்றுவாயாகக் கொண்ட ஒருவரிடமிருந்து மற்றவருக்குக் கடத்தப்படும் ஒரு நோயே மேகநோய். அது 'நிஸீரியே கொனரியா' என்னும் கிருமிகளால் ஏற்படுகிறது. ஆரம்பக் கட்டங்களில், அது பிறப்பு உறுப்புகளின் சவ்வுத் திசுக்களிலும், அல்லது மலக்குழாயிலும், கண்களிலும், பருவமடையாத பெண்களின் குறிப்புழையிலும் (vagina) நோயை ஏற்படுத்துகிறது. இந்நோய் பாதிக்கப்பட்ட உறுப்புகளை அடுத்துள்ள பிற உறுப்புகளுக்கும் பரவக்கூடும்; மற்றும் இரத்த ஓட்டத்தின் மூலம் கண்களுக்கும், இருதயத்திற்கும், மூட்டுகளுக்கும், இதரப் பிற சேதமுறத்தக்க இணைப்புத் தசை அமைப்புகளுக்கும் பரவக்கூடும்.

வயதுவந்தோரிடம் மேகநோய்

(அ) சாதாரண மேகநோய்: இது மிகவும் தீவிரமானதாகவோ நாட்பட்டதாகவோ இருக்கலாம். ஆண்களில், சிறுநீர்ப் புறவழியின் நுனிப்பாகத்தில் அழற்சி ஏற்படுகிறது. பெண்களில், இது பெரும்பாலும் கருப்பையின் நுழைவாயிலிலேயே (cervix) அழற்சியை ஏற்படுத்துகிறது. அதனுடன் சிறுநீர்ப் புறவழியிலும், குதத்திலும் அழற்சி ஏற்படலாம் அல்லது ஏற்படாமலுமிருக்கலாம். இந்த நோயின்போது, பிறப்பு உறுப்புப் பாதையின் முடிவில் சீழ்போன்ற கசிவு காணப்படுகிறது; அல்லது நோயுற்ற எந்த உறுப்பின் வெளிப்புற வாயிலும் அத்தகைய கசிவு ஏற்படுவது இந்த நோய்க்கான பொது அறிகுறியாகும். என்றாலும், கசிவு ஏற்படுவதெல்லாம் மேகநோயாகத்தான் இருக்கவேண்டுமென்பதில்லை.

(ஆ) மேகநோய்—சிக்கலானது: இதனை ஆண், பெண் இரு பாலாரிடையேயும் தனித்தனியே ஆராயலாம்.

ஆண்களில்

(1) சிறுநீர்ப் புறவழியின் அருகே அழற்சி ஏற்படுதல் (Para meatal Ductitis): சிறுநீர்ப் புறவழியின் இருபுறங்களிலும் வெளியே, சீழ்த்துளிகள் காணப்படும்.



படம் 14

மேகநோய் - ஆண்குறியின் நாளத்தில் தோன்றியுள்ள புண் புறவழியில் சீழ் கசிகிறது.

(2) டைசனின் அடினைடிஸ் (Tyson's gland infection): இயக்கத்தைக் கட்டுப்படுத்தும் தசைநார்களின் இரு புறங்களிலும் உள்ள சுரப்பிகளில் வீக்கம் கண்டு, புறத்துவாரத்தில் சீழ் கசிதல்.

(3) லிட்ரைட்டிஸ் (Littritis): சிறுநீர்ப் புறப்பாதையை அடுத் துள்ள லிட்டர்ச் சுரப்பிகளில் வீக்கம் ஏற்படுகிறது. அப்பாதை யினுள் கசியும் கசிவுகள், சிறுநீர் கழிக்கும்போது, சிறுநீரில் சிறி நூலிழைகள்போல வெளிப்படும். இச் சுரப்பிகளில் ஒன் அடைப்பு ஏற்பட்டு, பெரிதாக வீங்கி ஆண்குறியின் வெ வெடித்துக் கசிவை ஏற்படுத்தலாம்; சிறுநீர்ப் புறவழியில் ஒ உபபாதை (urinary fistula) ஏற்படலாம்.

(4) கூப்பரைட்டிஸ் (Cowperitis): சிறுநீர்ப் புறவழிக் கீழேயுள்ள 'பல்போயூரெத்ரல்' சுரப்பிகளில் ஒன்றிலோ, இரண் லுமோ வீக்கம் ஏற்படுகிறது. வெட்டப்பட்ட கொட்டை

பாக்கு வடிவில், அரைக்கோளமாக ஏற்படும் வீக்கமாக அது வெளிப்பாடடைகிறது. மலக்குழாய்த் துவாரத்தின் வழியே ஆட்காட்டி விரலைவிட்டு, பெருவிரலை ஆணுறுப்பின் அடிப் பாகத்திற்கும், மலத்துவாரத்திற்கும் இடையேயுள்ள வெளிப் பகுதியில் (perineum) வைத்துச் சற்று அழுத்திப் பார்த்தால், இந்த வீக்கத்தை உணர்ந்து பார்க்கலாம். இத்தகைய வீக்கத்தின் காரணமாகச் சிறுநீர் கழிக்கும்போது வலி ஏற்படுகிறது.

(5) புரோஸ்டேட்டிஸ் (Prostatis) : புரோஸ்டேட் சுரப்பி களில் வீக்கம். ஆணின் சிறுநீர்ப்புறவழியின் அடிப்பாகத்தில் பின் புறமாக அமைந்துள்ள பழுப்பு நிறத்தில் உள்ள இச் சுரப்பி, 'வேருமொன்டேன்'த்திற்கு (Verumontanum) இருபுறமும் 30-க்கு மேற்பட்ட சிறுசிறு குழாய்களின் மூலம் சீழை வெளியேற்று கிறது. சிறுநீர் கழிக்கும்போது நோயாளிக்கு வலி ஏற்படுகிறது. அவ் வலியின் காரணமாக நோயாளி சிறுநீர் கழிக்கத் தவறி, சிறு நீர்ப் பையில் சிறுநீர் தேங்குகிறது. மலக்குழாயில் விரலைச் செலுத்திச் சோதித்தால், சற்று வெதுவெதுப்பான மெல்லிய வீங்கிப்போயுள்ள 'புரோஸ்டேட்' சுரப்பியை உணரலாம்; அதை இலேசாக அழுத்தினால், சிறுநீர்ப் புறவழித் துவாரத்தின் வழியே சீழ் கசியும்.

(6) வெசிகுலைட்டிஸ் (Vesiculitis) : இந்திரியப் பைகளில் ஒன்றோ, இரண்டுமோ வீங்கியிருக்கலாம். இந்த வெசிகு லைட்டிஸ் என்பது சாதாரணமாகப் 'புரோஸ்டேட்டிஸ்' உடன் தொடர்புடையது. அடிக்கடி இந்திரியம் வெளிப்படும்; அவ்வாறு வெளிப்படும்போது வலி அதிகம் ஏற்படும். இந்திரியம், இரத்தம் கலந்து சிவப்பாகவிருக்கும்.

(7) எபிடிடைமிட்டிஸ் (Epididymitis) : 'குளோப்ஸ் மைனர்' குழாயில் தொடங்கி, 'குளோபஸ் மேஜர்' வரை 'எபிடிடிமிஸ்' குழாய்களில் ஒன்றோ இரண்டுமோ வீங்கியிருக்கக்கூடும். 'எபிடிடிமிஸின்' பாதிக்கப்பட்ட பகுதி வீங்கி, மிருதுவாகி ...டுகிறது. நிஸீரியக் கிருமிப் பாதிப்பின்போது, அதில் சீழ் கோப்ப ...லை.

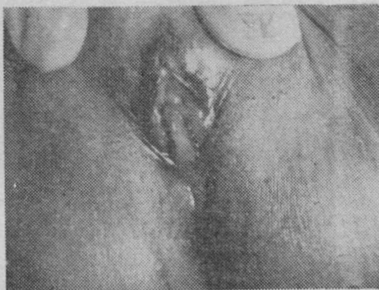
(8) ஆர்கைட்டிஸ் (Orchitis) : விதைகள் வீங்கி, மிருதுவாகக் ...ப்படும். சாதாரணமாக அதையொட்டிய 'எபிடிடிமிஸின்' ...நிலையுடன் தொடர்புடையது. 'ட்யூனிகா வாஜினாலிஸில்' ...ளவு நீர் கோத்துக்கொண்டிருக்கும்.

(9) டிரைகோனைட்டிஸ் (Trigonitis) : சிறுநீர்ப்பையின் அடிப் ...குதியில் (trigone) வீக்கம் கண்டு, சிறுநீர் கழிக்கும்போதும்,

அல்லாதபோதும் கூட வலி ஏற்படும். சிறுநீரை நுண் பெருக்கியில் சோதித்தால், அதில் இரத்தம் கலந்திருப்பது தெரியும்; சில வேளைகளில் கண்பார்வைக்கே இரத்தம் தெரியலாம்.

பெண்களில்

(1) பார்த்தோலைனிட்டிஸ் (Bartholinitis) : பாதிக்கப்பட்ட லேபியம் மேஜஸின், மூன்றில் ஒரு பங்கு கீழ்ப்புறமாக அமைந்துள்ள பார்த்தோலின் 'சுரப்பியில் வலியுடன்கூடிய வீக்கம் ஏற்படுதல்; இது சாதாரணமாக இடப்புறம்தான் ஏற்படுகிறதென்றாலும் சில வேளைகளில் இருபுறமும் ஏற்படலாம். அந்தந்தச் சுரப்பியின் நாள வாயிலில் சீழ் வெளிப்படுகிறது.



படம் 15

மேகநோய்
'வல்வ் வேஜினைட்டிஸ்' சவ்வுப்பகுதி வீங்கி, நீர்கோத்தாற்போலும், உட்பகுதி சற்று வெளியே துருத்திக்கொண்டுமுள்ளது.

(2) மெட்ரைட்டிஸ் (Metritis): பெண் புழையில் வீக்கம் காணுதல்.

(3) சால்பின்ஜைட்டிஸ் (Salpingitis): அடிவயிற்றில், குறிப்பாகப் பாதிக்கப்பட்டுள்ள பக்கத்தில் கடுமையான வலி காணும், (கருப்பையின் மேல்பாகத்தில் இணைந்திருக்கும் நாளங்களில் வீக்கம் ஏற்படுதல்) அதனுடன் சில வேளைகளில் காய்ச்சலும், நாடித் துடிப்பு அதிகரித்தலும், வாந்தியும், மலச்சிக்கலோ, பேதியோ ஏற்படவும்கூடும். வலப்புற நாளம் பாதிக்கப்பட்டால், தோன்றும் அறிகுறிகள் அனைத்தும் குடல்வால் அழற்சி நோயை (appendicitis) ஒத்ததாக இருக்கும். ஒரு ஸ்பெகுலம் மூலம் பெண்குறியைச் சோதித்துப் பார்த்தால்,கருப்பை வாயில் சீழ் கசிவதைக் காணலாம். புழையைச் சோதித்தால், பாதிக்கப்பட்ட பக்கத்தில் புழையின் வளைவு வீங்கிக் காணப்படுவது புலனாகும்.

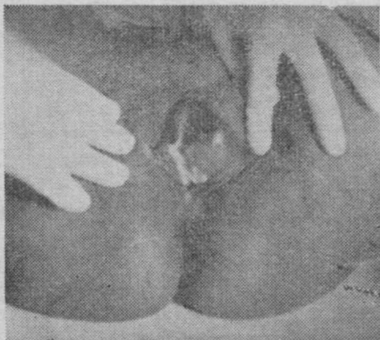
(4) ஊவோஃபோரைட்டிஸ் (Oophoritis)

(5) நாட்பட்ட பெரிடோனைட்டிஸ் (Chronic peritonitis)

(6) இடுப்பெலும்புக்கட்டு செல்லுலைட்டிஸ் (Pelvic cellulitis)

மேற்சொன்ன 4, 5, 6 நோய் கொண்ட நோயாளிகள், இனந் தெரியாத ஒரு வலி ஏற்படுவதாகக் கூறுகின்றனர்.

(7) ஸ்கீன்ஸ் டக்டைட்டிஸ் (Skenes ductitis) : பாதிக்கப்பட்ட பக்கத்திலுள்ள நாள வாயிலிலிருந்து சீழ் வெளிப்படுகிறது; சற்று அழுத்தினால் சிறுநீர்ப் புறவழித் துவாரத்தின் வழியாகவும் சீழ் கசியும்.



படம் 16
மேகநோய்
லேபியம் மேஜரில் 'பார்த்தோலின்' சுரப்பியில் இடப்புறம் ஏற்பட்டுள்ள கட்டி.

(இ) உடலினுள் ஊடுருவிப் பரவும் மேகநோய்

இரத்தச் சுழற்சியின் காரணமாக நோய்க்கிருமிகள் உடல் உள் உறுப்புகளில் படிவதன் காரணமாகவோ, கிருமிகள் வெளியிடும் நச்சுப் பொருள்கள் பல்வேறு அடர்த்தியில் உறுப்புகளில் சேகரமாவதாலோ ஏற்படுகிறது.

(1) ஸினோவைட்டிஸ் ஆர்த்ரைட்டிஸ் (Synovitis arthritis) : மூட்டுகளில் ஏற்படும் வாதம் ஒன்று அல்லது அதற்கு மேற்பட்ட, பெரிய அல்லது சிறிய மூட்டுகளில் ஏற்படலாம். உதாரணமாக முழங்கால் மூட்டு, கணுக்கால் மூட்டு, மணிக்கட்டு, தோள், மார்பெலும்பும் விலா எலும்புகளும் இணையும் மூட்டு, அல்லது கைகளிலும் கால்களிலும் உள்ள சிறிய மூட்டுகள் பாதிக்கப்படலாம். பாதிக்கப்பட்ட மூட்டு வீங்கிவிடும். மூட்டுகளின் அசைவு பெரிதும் குறைந்துவிடுகிறது. இவ்வகையில் சில நோயாளிகளுக்குக் காய்ச்சலும் ஏற்படுகிறது. வாதம், கண்நோய், மேகநோயற்ற சீழ்ப்பொருள், பிறப்பு உறுப்புகளிலிருந்து கசிதல் ஆகிய மூன்று அறிகுறிகளையும் ஒருங்கே கொண்டுள்ள 'ரெய்ட்டர் சிண்ட்ரோம்' எனும் நிலையிலிருந்து இதனை வேறுபடுத்திப் பார்க்கவேண்டும்.

(2) ஐரிட்டிஸ் (Iritis) : மேகநோய் கண்டுள்ள நோயாளிக்கு ஏற்படும் கருவிழிப்படல அழற்சி, மேகநோயினால்தான் ஏற்படுகிறது என்று நம்பப்படுகிறது. அதிர்ஷ்டவசமாக, இத்தகைய சிக்கலான நிலை மிகவும் அரிதாகவே காணப்படுகிறது.

(3) செப்டிஸீமியா (Septicaemia) : இது மிகவும் அரிது. பல ஆண்டுகளுக்கு முன்னர் தினசரிக் காய்ச்சலும், மூட்டுகள் பாதிப்பும், அப்போதைக்கப்போது இடம் மாறி ஏற்படும் இருதய முணு

முனுப்பையும் கொண்ட மேக நோயாளி ஒருவர் எங்கள் பார் வைக்கு வந்தார். ஆனால் அவருக்கு ஏற்பட்டிருந்த கோளாறுகள், மேகநோயின் பின்விளைவுகள்தாம் என்று சரிவர நிர்ணயிக்கப் பட முடியவில்லை.

(ஈ) மேகநோயினால் ஏற்படும் பின்விளைவுகள்

(1) ஆண்களுக்கோ பெண்களுக்கோ அல்லது இருபாலா ரிடத்துமோ மலட்டுத் தன்மை ஏற்படுதல்;

(2) பெண்களைத் துரதிருஷ்டவசமாக இந்த நோய் பெரிதும் பாதித்தபோதும்கூட, மேகநோயினால் ஆண்களுக்கு ஏற்படும் சிறுநீர்ப் புறவழி அடைப்பு, சிறுநீர்ப் புறவழியைச் சுற்றிக் கட்டிகள், சிறுநீர்ப் புறவழியில் புரையோடிய புண் ஆகியவற்றி லிருந்து பெண்கள் தப்பிவிடுகிறார்கள்.

நோய் நிர்ணயம்

குறிகளிலிருந்து கசியும் திரவத்தை, ஸ்லைடுகளில் சேகரித்துக் கிராம்மினது உத்தியின்படி வண்ணம் ஏற்றி, நுண்பெருக்கியில் சோதித்து, அதில் நிஸீரியே கொனரியாக் கிருமிகளைக் காண வேண்டும். பின்னர் நோயூக்கும் கிருமிகளைத் தனித்தெடுத்து, ஊட்டத் திரவத்தில் அவற்றை வளர்ப்பதன்மூலம் அதனை ஊர்ஜிதம் செய்யலாம். ஊட்டத் திரவத்தில் வாழும் நோய்க் கிருமித் தொகுதிகளை ஆக்ஸிடேஸ் கிரியைக்கு உட்படுத்தி, தகுந்த நொதித்தல் சோதனைகளையும் மேற்கொள்ளவேண்டும். இருதயப் பாதிப்பு ஏற்பட்டிருப்பதாகச் சந்தேகித்தால், இரத் தத்தை எடுத்து, அதனையும் கிருமி வளர்ப்பு முறைக்கு உட் படுத்திச் சோதிக்கவேண்டும். மூட்டுகளில் பாதிப்பு ஏற்பட்டிருக்கு மானால், பாதிக்கப்பட்டுள்ள மூட்டிலிருந்து கசிவை வெளியே எடுத்துச் சோதிக்க வேண்டும்; அதைத் தொடர்ந்து பிற ஊர்ஜிதச் சோதனைகளையும் மேற்கொள்ளவேண்டும். ‘மேகநோய் காம்ப்ளிமெண்ட் பிக்சேஷன் சோதனை (Gonocoxal Complement Fixation Test) இதுகுறித்துப் பலனளிக்கும்; ஆனால் அதை மிகத் துல்லியமாகச் செய்யவேண்டும். நேரடியாகவோ, மறைமுக மாகவோ செய்யப்படும் ஒளிரும் எதிர்ப்பொருள் சோதனைகள் (Fluorescent Antibody Tests) மிக நவீனமானதும் சிறந்ததுமாகும்,

ஆன்டிபயாடிக்குகளினால் தோன்றும் கிரியை, குறைந்தபட்ச உள்ளடங்கல் செறிவு ஆகியவற்றை நிர்ணயம் செய்வது, தொடர்ந்து செய்யப்படவேண்டிய சோதனைகளாகும்.

மறைந்திருக்கும் மேகநோயை அறிவதற்கு, எந்த இரத்தப் பரிசோதனையோ தோலடிச் சோதனையோ இதுகாறும் கண்டு பிடிக்கப்படவில்லை.

மேகநோய் நிர்ணயத்தைத் தொடர்ந்து, அந்த நோயாளி யுடன் தொடர்பு கொண்டிருக்கக்கூடிய அனைவரையும் கண்டு பிடித்துச் சிகிச்சையளிக்க வேண்டும்.

பருவமடையாத சிறுமிகளது குறிப்புழைகளில் மேகநோய்

சில நேரங்களில் பல்வேறு வயதுடைய பெண்குழந்தைகளின் பிறப்பு உறுப்பிலிருந்து சீழ்போன்ற கசிவு வெளிப்படுகிறது. பருவ மடையும் வயதுக்குச் சற்று முன்னர், இந்தக் கசிவு அதிகமாகக் காணப்படுகிறது. பிறப்பு உறுப்புகளில் வலி இருப்பதாகவும் இயற்கையாக நடக்க இயலவில்லையென்றும் நோயாளிகள் குறை கூறுகின்றனர். நோயாளிகள் இருமும்போது குறிப்புழையினுள், அதனை மூடியுள்ள மெல்லிய திசுப்படலத்தின் (hymen) துவாரத் திலிருந்து சீழ் கொப்புளித்து வெளியேறுகிறது. சிறுநீர்ப் புற வழிப்பாதையிலும்கூடச் சீழ் காணப்படுகிறது. மலக்குழாய், குதம் ஆகிய உறுப்புகளுக்கும்கூட அதேபோன்ற நோய் சில வேளை களில் பரவிடக்கூடும்.

பெண்குறிப் புழையிலிருந்து வெளிப்படும் கசிவை நுண்பெருக் கியின்கீழ் ஆராய்ந்தால், நிஸீரியே கொனரியாக் கிருமிகளைக் காணலாம்; ஊட்டச்சத்துத் திரவத்தில் அக் கிருமிகளை வளர்த்து, நோயை ஊர்ஜிதம் செய்யலாம். சிறுநீர்ப் புறவழி, குதம் ஆகிய உறுப்புகளிலிருந்து வெளிவரும் கசிவையும் அதேபோன்ற சோதனைகளுக் குட்படுத்தினால், சில வேளைகளில், அவையும் நோய் இருப்பதைக் காட்டக்கூடும்.

பிறந்த குழந்தைகளின் கண்கள் பாதிக்கப்படுதல் (Ophthalmia Neonatorum)

கண்கள் வீங்கியிருக்கும்; இமைகளை மூடும்போது கண்களி லிருந்து கசிவு ஏற்படும். இமைகளைப் பிரித்துச் சோதித்தால், கண்ணில் வீக்கம் தெரியும். கண்களிலிருந்து வெளிப்படும் கசிவைச் சோதித்துப் பார்த்தால், மேகநோய்க் கிருமிகளைப்போன்ற கிராம்-நெகட்டிவ் டிப்ளோ காக்கை பாக்டீரியாக்கள் இருப்ப தைக் கண்டுபிடிக்கலாம்; அவை மேகநோய்க் கிருமிகள்தாமா என்பதை ஊட்டச்சத்துத் திரவத்தில் அவற்றை வளர்ப்பதன் மூலம் ஊர்ஜிதம் செய்ய வேண்டும். இதேபோன்ற நிலை வய தானவர்களிடமும்கூட ஏற்படக்கூடும்.

மேகநோய்க்கான சிகிச்சைத் தடுப்பு முறை

கலவியின்போது ஆணும் பெண்ணும் தடுப்பு உறைகளை அணிந்து கொள்வதன்மூலம், நிச்சயமான பலன் கிடைக்கும். புணர்ச்சிக்குப் பின்னர், உடனடியாகச் சிறுநீர் கழிப்பதும் பயனளிக்கும். பிராட் ஸ்பெக்டிரம் (பல்வேறு நோய்க்கிருமி களுக்கும் எதிரான) ஆன்டிபயாடிக்குகள் 250 மில்லிகிராம் குளிகைகளை உட்கொள்வது பரிந்துரைக்கப்படுகிறது.

இந்த நோயுடன் சேர்ந்து, ஒருவேளை கிரந்தி நோயும் ஏற்படாவண்ணம் தடுப்பதை உறுதிப்படுத்தும் பொருட்டு 1.2 மெகா யூனிட் பெனிசிலின் பயன்படுத்துவது நல்லது. ஆக்ஸி டெட்ரா சைக்கிளீன், குளோரோ டெட்ராசைக்ளீன் அல்லது டெட்ராசைக்ளீன் போன்ற பல நோய்களுக்கும் எதிரான ஆன்டிபயாடிக்குகள் பயனுள்ளவை என்று ஊர்ஜிதப்படுத்தப் பட்டுள்ளது. பிறந்த குழந்தையின் கண்களில் ஒரு சொட்டு, 1 சதவிகித வெள்ளி நைட்ரேட் கரைசலை விடுவது அக் குழந்தைக்கு நோய் ஏற்படாமல் தடுக்கும்.

சிகிச்சை முறை

குறிப்பான சிகிச்சை: (1) கடுமையான, சாதாரண மேக நோய்க்கு 6 லட்சம் யூனிட்டுகள் எண்ணெய்க் கரைசலை பி. ஏ. எம். அல்லது 2 கன சென்டிமீட்டர், ஒரு முறை தசை ஊசி போடுதல் போதுமானதாகும்.

(2) நாட்பட்ட சாதாரண மேகநோய்க்கு: 6 லட்சம் யூனிட்டுகள் எண்ணெய்க் கரைசல் அல்லது 2 கன சென்டிமீட்டர் பி.ஏ.எம். தசை ஊசி தினசரி 4 நாள்களுக்குப் போடவேண்டும்.

(3) சிக்கல் மிகுந்த மேகநோய்க்கு: நாட்பட்ட மேக நோய்க்கு அளிக்கப்படும் சிகிச்சையுடன் பாதிக்கப்பட்டுள்ள உறுப்புகளின் இடத்திற்குத் தகுந்தாற்போல, மேற்பூச்சு மருந்துகளையும் பயன்படுத்தவேண்டும்.

மேகநோய்ச் சிகிச்சைக்கு ஸ்டிரெப்டோமைசின் பயன் படுத்துவது பயனளிப்பதில்லை என்று எங்களது ஆய்வுக் கூட்டத்தில் கண்டறியப்பட்டுள்ளது.

நோயால் பீடிக்கப்பட்ட உறுப்புகளுக்குச் சிகிச்சை (இருபாலாருக்கும்)

(1) சிறுநீர்க்குழாய் அழற்சி, கருப்பையின் நுழைவாயில் அழற்சி, பெண்புழை அழற்சி ஆகியவற்றிற்கு அனுமதிக்கப்பட்ட

சுகாதார விதிமுறைகளைத் தவிர வேறு ஏதும் சிகிச்சை முறை கிடையாது.

(2) பார்த்தோலின் சுரப்பிகளில் ஏற்படும் கட்டியைக் கடுமையான பாதிப்பின்போது கீறிவிடலாம். நாட்பட்ட பாதிப்பாயிருப்பின் பாதிக்கப்பட்ட சுரப்பியை வெட்டி எறிதல் வேண்டும்.

ஸ்கீனைட்டிஸ் : மின்சாரத்தின் மூலம், அவ்விடத்தைச் சுட்டெரித்தல்.

கீல்வாதம்-மூட்டுவாதம் : பாதிக்கப்பட்ட மூட்டில், அதிக அளவு சினோவியல் திரவம் கோத்துக்கொண்டு, வீக்கம் காணப்பட்டால், அத் திரவத்தை ஊசி மூலம் வெளியேற்றினால் அழுத்தம் குறையும். ஆரம்பக் கட்டத்தில் மணல் மூட்டைகளுக்கிடையே, பாதிக்கப்பட்ட மூட்டுகளை வைத்து ஒய்வு தரலாம். சிம்பு வைத்துக் கட்டுதல் அனுமதிக்கப்படுவதில்லை. மூட்டுப் பிடிப்பைத் தவிர்ப்பதற்காக, மூட்டுகளில் வலி குறைந்தவுடன், அவற்றின் அசைவை அதிகப்படுத்த வேண்டும்.

டைசன் சுரப்பி அழற்சி : மின்சாரத்தின் மூலம் பாதிக்கப்பட்ட இடத்தைச் சுட்டெரித்தல்.

எபிடிடைமிட்டிஸ் : விதைப்பையில் 5 சதவிகித 'இச்சித்தியால் கிளிசரின்' தடவி, அவற்றைச் சற்றுத் தூக்கினாற்போல் கட்டி வைக்கவேண்டும். கால்சியம் குளுகோனேட் ஊசி, ஒரு பருவம் கொடுப்பது நல்லது.

புரோஸ்டேட் சுரப்பி அழற்சி : சிறுநீர்ப் பையில் சிறுநீர் தங்க நேர்ந்தால், அதைச் சிறு குழாயைச் செலுத்துவதன் மூலம் (catheter) வெளியேற்ற வேண்டும். புரோஸ்டேட் சுரப்பி பெருத்து வீங்கி வலி ஏற்பட்டால் இச்சித்தியால், மற்றும் அட்ரபின் 'சப்பாசிட்டரி'யை மலக்குழாயின் வழியே செலுத்தி வைக்க வேண்டும். மேலும், புரோஸ்டேட் சுரப்பியை மெதுவாக 'மஸாஸ்' செய்வதும் நல்லது.

இதைத் தவிர வேறு சிக்கல்களோ, விளைவுகளோ ஏற்படும் போது அவற்றிற்கு அறுவைச் சிகிச்சைக்குரிய கோட்பாடுகளின்படி சிகிச்சையளித்தல் வேண்டும்.

உப சிகிச்சை முறைகள் : வேறு விதமான எதிர் விளைவுகள் ஏற்படாதென்ற அறிகுறிகள் காணப்படின், பைரடோ-சிகிச்சை

(காய்ச்சலை ஏற்படுத்திச் சிகிச்சையளிக்கும் முறை) மூட்டுப் பாதிப்புச் சிக்கல்கள் உள்ள சில நோயாளிகளுக்குக் கடைப்பிடிக்கப் படுகிறது. இதற்கு 25-லிருந்து 200 மில்லியன் அலகு வரை, இறந்த டைஃபாயிட் கிருமிகளை, 24 மணி நேர இடைவெளியில், ஊசி மூலம் படிப்படியாக அளவை அதிகரித்து, இரத்தக்குழாயில் செலுத்தவேண்டும்.

உணவு : உணவு வகைகளில் தீவிரக் கட்டுப்பாடுகள் ஏதும் கிடையா. பால் மற்றும் சைவ உணவும், எலுமிச்சை வகைப் பழங்களும் அனுமதிக்கப்படுகின்றன. திரவ வகை உணவு அதிக மாக அருந்தவேண்டும். மதுவகைகள் தவிர்க்கப்படவேண்டும். உணவுப் பொருள்களில் சேர்க்கப்படும் வாசனைப் பொருள்களைக் குறைக்க வேண்டும், அல்லது அவற்றை அறவே தவிர்த்தலும் நல்லது.

ஒய்வு : உடல் ஒய்வையும் புணர்ச்சி ஒய்வையும் தவறாது கடைப்பிடிக்க வேண்டும். எதார்த்தத்தில் மட்டுமன்றி, எண்ணத்தி லும்கூடக் கலவி குறித்த சிந்தனை தவிர்க்கப்பட வேண்டும்.

குணமடைதலின் அறிகுறிகள் : ஆண்குறியிலிருந்து வெளிப் படும் கசிவினை மீண்டும் மீண்டும் கிருமி வளர்ப்பு முறைக்கு உட்படுத்தி, ஏற்படும் கசிவில் கிருமிகள் ஏதுமில்லை என்று அறிவதுதான் குணமடைந்ததற்கான மிக நம்பகமான அறிகுறி யாகும். பெண்களைப் பொறுத்தவரை, மாதவிடாய்க்குப் பின்னர், கருப்பையின் நுழைவாயினின்றும் ஏற்படும் கசிவைத், தொடந்து மூன்று மாதங்கள் மேற்சொன்ன சோதனைக்குட் படுத்தி, நோய்க்கிருமிகள் காணப்படாதிருத்தலே, நோய் குணம் அடைந்ததற்கான அடையாளமாகும்.

மேகநோய்பற்றிய சில விவரங்கள்

மிகப் புராதன காலத்திலிருந்தே மனிதனைப் பாதிப்பதாகத் தெரிந்துள்ள மேகநோய் பெண்களின் உடலுக்குப் பெருத்த சேதத்தை விளைவிக்கிறது. 1879ஆம் ஆண்டே நெய்சர் என்பவர் நோயின் காரணக் கிருமியைக் கண்டுபிடித்துவிட்டார். 1884ஆம் ஆண்டு கிருமிவளர்ப்பு முறையின் மூலம், நிஸீரியோ கொனரியா என்னும் கிருமியை, 'பும்' என்பவர் தனிமைப்படுத்திவிட்டார். என்றாலும்கூட இந்த நோய்க்கான சிகிச்சை நெடுங்காலம் வரை புதிராகவே இருந்துவந்தது. 1937ஆம் ஆண்டு 'டொமாங்க்' என்பவரால் கண்டுபிடிக்கப்பட்ட 'சல்போனமைடுகள்', அதற்கு முன்னர்வரை கடைப்பிடிக்கப்பட்டு வந்த கஷாயங்கள், பால்சம், புண்களைக் கழுவுதல், வாக்ஸீன் சிகிச்சை—புரோட்டீன் அதிர்ச்சி

சிகிச்சை போன்ற பலவற்றையும் மறையச்செய்தன. எனினும் மெல்ல மெல்ல 'நிஸீரியே கொனரியா' கிருமிகள், சல்பானமைடு களுக்குப் பாதிப்பின்மையை வளர்த்துக்கொண்டதால், அம் மருந்துகளின் ஆரம்பகால அற்புதப் பயன் விளைவுகள் மறையத் தொடங்கின், 1943ஆம் ஆண்டு, பிளமிங்கினால் கண்டுபிடிக்கப் பட்ட பெனிசிலின் மேகநோய்க்கு எதிரான மருந்தாக விளங்கி யதனால், சால்பானமைடுகள் விஷயத்தில் ஏற்பட்ட தோல்வி சமாளிக்கப்பட்டது. இந்த வெற்றி இதுகாறும் நீடித்து வந்த போதும், பெனிசிலினுக்கும்கூட மேகநோய்க்கிருமிகள் எதிர்ப்புச் சக்தியை உருவாக்கி வருவதாக, இங்கிலாந்திலிருந்தும் மற்றும் உலகின் சில பகுதிகளிலிருந்தும் வரும் செய்திகளிலிருந்து தெரிய வருகிறது. அதிருஷ்டவசமாக, அத்தகைய பென்சிலின் எதிர்ப்பு வகை மேகநோய்க் கிருமிகள் சென்னையில் அரிதாக உள்ளன. பிற ஆன்டிபயாடிக்குகளும், மேகநோய்க் கிருமிகளின்மீது வெற்றி கண்டுள்ளன. பருவமடையாத பெண்களிடையே காணப்பட்ட மேகநோயின் காரணமாக ஏற்பட்ட பெண்குறிப் புழை அழற்சி சிகிச்சை அளிப்பதில் ஒரு காலத்தில் பயன்படுத்தப்பட்ட 'ஈஸ்டிரோ ஜெனிக்' ஹார்மோன்கள் உபயோகமற்றவையாக இருந்தன என்பதை இன்று எண்ணிப்பார்த்தால், ஒரு மந்திரக் குளிகையைப் போன்று இன்று அந்த நோயைப் பெனிசிலின் குணப்படுத்துகிறது என்னும்போது, நாம் நியாயமாகவே நிம்மதிப் பெருமூச்சு விடமுடிகிறது.

மெதுப்புண்
(Chancroid)

அல்கஸ் மோலே அல்லது மிருதுவான புண் என்றழைக்கப் படும் இந்த மெதுப்புண்ணும், மனித இனத்தவரிடையே தோன்றும் மற்றொரு பால்வினை நோய்ப் பாதிப்பாகும். ஒருவரிட மிருந்து மற்றவருக்குப் பரவக்கூடிய இந்தப் பால்வினை நோய், பெரும்பாலும், தாழ்ந்த சமூக-பொருளாதாரச் சூழ்நிலையில் வாழும் அபரிமிதமான புணர்ச்சிக் கேளிக்கையில் ஈடுபடும் ஆண்களிடமும் காணப்படுகிறது. சுகாதாரக் குறைவுள்ள மக்களிடையே இந் நோய் பரவியிருப்பது இயற்கையே.

1889-ல் இந்த நோயை ஏற்படுத்தும் காரணக் கிருமியை 'டூக்ரே' என்பவர் அடையாளம் காட்டினார். கிருமி வளர்ப்பு முறையின் மூலம் அக் கிருமிகளை அவர் தனிமைப்படுத்திய தாகவும் கூறினார்.

இந்த நோயினால் பெண்களைவிட, ஆண்களே அதிகமாகப் பாதிக்கப்படுகின்றனர். அதன்மூலம் பெண்கள் மெதுப்புண்

நோயைக் கடத்துபவர்களாகவே உள்ளனர் என்பது உறுதிப் படுத்தப்படுகிறது.

பிறப்பு உறுப்புகளின்மீது தோன்றும் மெதுப்புண்களை எவரும் காணத் தவறமுடியாது. அப் புண்களின் மூன்று விசேஷத் தன்மைகள் நோயாளியின் கவனத்தையும் மருத்துவரின் கவனத்தையும் உடனடியாக ஈர்க்கின்றன. அத் தன்மைகளாவன : பல புண்கள் அடுத்தடுத்துத் தோன்றுவது; புண்களினால் ஏற்படும் வலி, அவை எளிதில் இரத்தம் கசியும் தன்மையுடையனவாக இருத்தல். இந்தப் புண்களுடன்கூட, மிருதுவான வலியுடன் கூடிய அரையாப்புக் கட்டியும் தோன்றலாம். அவை அடிக்கடி ஏற்ற இறக்கங்களைக் கொண்ட மாறுந் தன்மையுடையனவாகவோ, உடைந்து விடுபவையாகவோ இருக்கக்கூடும்.



படம் 17
தோல் இழுக்கப்பட்ட ஆண்குறி நுனியில் அடுக்கடுக்காகத் தோன்றியுள்ள மெதுப் புண்கள்; இடக் காலிடுக்கில் உள்ள அரையாப்புக் கட்டியையும் காணலாம்.

நோய் நிர்ணயம்

இந்த நோய்க்குக் காரணக் கிருமியான, ஹெச். டுக்ரே என்பது எளிதில் எடுத்துக் காட்டப்படக்கூடியதாகவோ, எளிதில் ஊட்டத் திரவத்தில் வளர்க்கப்படக் கூடியதாகவோ இருப்பதில்லை. புண்களிலிருந்து வெளிப்படும் கசிவை, கிராம்—வண்ணம் ஏற்று முறையின் மூலம், நுண்பெருக்கியின்கீழ் ஆராய்ந்தால், மீன் கூட்டத் தொடரைப்போன்று ஸ்டிரெப்டோ கிருமிகளைக் காணக்கூடும்.

மெதுப்புண்ணைத் தோற்றுவிக்கும் கிருமிகளின் தோற்ற அமைப்பு நிர்ணயத்தை உறுதிப்படுத்துவதற்குத் தேவையான, பாக்டீரியவியல் சாதனங்களைப் பெறுவதில் உள்ள கஷ்டங்களின் காரணமாகப் பின்வரும் நடைமுறை பின்பற்றப்படுகிறது.

1. பாரிசிலுள்ள செயின்ட் லூயி மருத்துவமனையில் கடைப்பிடிக்கப்படும் சுய-இனாக்குலேஷன் முறை அதாவது, முழங்கையிலோ தொடையிலோ தோலை இலேசாகக் கீறி, சந்தேகத்திற்குரிய புண்ணிலிருந்து வெளிப்படும் கசிவைக் கீறப்பட்ட இடத்தில் தேய்க்கவேண்டும். 24—48 மணி நேரத்திற்குள்ளாக அந்த இடத்தில் கொப்புளங்கள் தோன்றுகின்றன. முதலில் நீர் கோத்துக்கொண்டிருக்கும் அந்தக் கொப்புளம், பின்னர்ச் சீழ் கோத்ததாக மாறுகிறது. பின்னர் அது அழுகிய புண்ணாகிறது. அந்தப் புண்ணிலிருந்து வெளியாகும் சீழில் டூக்ரேயின் ஸ்டிரெப்டோ கிருமிகளுள.



படம் 18

மெதுப்புண்கள்—பிறப்புறுப்பில் தோன்றியுள்ள அடுக்கடுக்கான பல புண்கள்.

2. டி மெல்கோஸ் வாக்ஸினைக்கொண்டு இடோ—ரீன்ஸ்டீர்னாவின் பெயரால் அழைக்கப்படும் தோல் சோதனையும் மேற்சொன்ன மறுவினையைத் தோற்றுவிக்கிறது. ஆனால், அந்த எதிர்ப்பொருள் (antigen) எளிதில் கிடைப்பதில்லை. இதனை வெளிநாட்டிலிருந்து இறக்குமதி செய்வதாக இருந்தாலும்கூட மெதுப்புண்களைக் குணப்படுத்துவதற்கு ஆகும் செலவைக்காட்டிலும், நோய் நிர்ணயத்திற்கான இந்தப் பொருளின் விலை மிகவும் அதிகமாக உள்ளது.

3. மெதுப்புண்களை ஒத்த இதர எல்லாப் பால்வினை நோய்களையும், பால்வினை சாராத நோய்களையும் சோதனைகளின் மூலம் தவிர்த்தல் ஒரு பிரதான கோட்பாடு ஆகும். எனினும் நமது நாட்டில், இந்த நோய்கள் ஒரே நோயாளியிடம் ஒருசேரக் காணப்படக்கூடும். அது நோய் அறிகுறிகளைக் குழப்பிவிடக்கூடும்.

4. கிரந்தி நோயும், கிரானுலோமா வெனீரியமும், ஆரம்பத்தில் மெதுப்புண்ணாகவே வெளிப்பாடடைந்தாலும்கூட, அவை சல்பானமைட் மருந்துகளினால் குணமடைவதில்லையாதலால், சல்பானமைடு சிகிச்சையின் மூலம் குணம் தெரிந்தால், அவை மெதுப்புண் நோயாகத்தானிருக்க வேண்டும் என்று நோயைச் சமாளித்து முடிந்த பின்னர் நிர்ணயித்துக் கொள்ளலாம்.

சிக்கல்கள்

திருகு கிருமிகளின் பாதிப்பும், அதனுடன் பிற பால்வினை நோய்ப் பாதிப்புகளும் மெதுப்புண்களுடன் சேர்ந்து ஏற்படலாம். மற்றும்/அல்லது மெதுப்புண் ஏற்பட்டிருக்கும்போது, தொடை இடுக்குகளில் நிணநீர்ச் சுரப்பிகள் வீங்கிக்கொள்ளலாம்.

மெதுப்புண் பாதிப்புடன் கூட, வேறு சில பால்வினை நோய்களும் சேர்ந்து ஒரு நோயாளியைப் பீடித்தால், மெதுப்புண்ணின் நோய் வளர்காலம் குறைவதால், அது முதலில் தலைதூக்கு கிறது. கிரந்தி லிம்ஃபோ கிரானுலோமா வெனீரியம் அல்லது கிரானுலோமா வெனீரியம் போன்ற நீண்ட வளர்காலம் கொண்ட பால் வினை நோய்கள் மெதுப் புண் குணமடையும்போது, அதைத் தொடர்ந்து தலை தூக்கக்கூடும். இது நோயா ளிக்கும் மருத்துவருக்கும் இடையே பரஸ்பர அவநம் பிக்கையைத் தோற்று விக்கக்கூடும். சிகிச்சை தோல்வியடைந்துவிட்டதே என்று நோயாளி எண்ண, மருத் துவரோ நோயாளி சிகிச்சை முறைகளைச் சரிவரக் கடைப்பிடிக்க வில்லையோ என்று சந்தேகம்கொள்ள நேரிடுகிறது.



படம் 19
மெதுப்புண்கள்—நோய் நிர்ணயத்திற்கான சுய-இனாக்குலேஷன் முறையில், நோய் கண்டுள்ளதன் அறிகுறிக் கிரியை.

சிகிச்சை முறைகள்

சுகாதாரமான வாழ்க்கை முறையும், புணர்ச்சிக்குப் பின்னர்ப் பிறப்பு உறுப்புகளைச் சோப்பையும் நீரையும் கொண்டு கழுவும் முறையும், பெருவாரியானவர்கட்கு மெதுப்புண் நோய் ஏற்படு வதைத் தடுத்து விடலாம். கலவியின்போது தடுப்பு உறை அணிவது ஓரளவுக்கு ஆண்களுக்குப் பலனளிக்கிறது. இந்நோய்க் கான குறிப்பான சிகிச்சை சல்பானமைடுகள் கொடுப்பதுதான். 1 கிராம் சல்பாடிமிடின் (எல்கோசின்) அல்லது ஒரு தடவைக்கு 2 மாத்திரைகள் வீதம், நாளொன்றுக்கு 3 தடவைகள், ஏழு தினங்களுக்குக் கொடுத்துவருவது நல்ல பயனை அளிக்கிறது.

பிற சிகிச்சை மருந்துகள்

ஒரு கிராம் ஸ்டிரெப்டோமைசின் சல்பேட் தசை ஊசிமூலம் நாளொன்றுக்கு இருமுறை வீதம் 5 தினங்களுக்குக் கொடுப்பது போதுமானது. ஆனால், நோயாளிக்குக் கிரானுலோமா வெனீரியம் நோயும் கூடவே இருந்தால் அதனைக் கண்டுபிடிப்பது கடினமாகி விடும். தவிர, கிரானுலோமா வெனீரியம் நோய் இருந்தால், தரக் குறைவான சிகிச்சையின் காரணமாகக் கிரானுலோமா வெனீரியக் கிருமிக்கு எதிர்ப்புத் தன்மை உருவாகிவிடும். 500 மில்லி கிராம் அளவுள்ள குளோரோமைசிடின் அல்லது அக்ரோமைசீன், ஒழுங் காக ஆறுமணி நேரத்திற்கொரு முறை 4 தினங்கள் கொடுத்து வந்தால் நோயாளி குணமடையலாம்.

பாதிக்கப்பட்ட இடங்களுக்குச் சிகிச்சை முறைகள்

புண்களுக்குக் கட்டுப்போடுவது நல்லது. அரையாப்புக் கட்டி பழுத்துக் காணப்பட்டால் அதைக் கீறிவிடலாம். ஆண்களுக்குச் சுன்னத்துச் (Circumcision) செய்வது நல்லது.

அரையாப்புக் கட்டி
(Lympho Granuloma Venereum)

பால்வினையின் காரணமாகப் பெறப்படும் காளான் (ஒட்டுண்ணி) கிருமிகளால் ஏற்படுவதே லிம்போ கிரானுலோமா வெனீரியம் என்னும் அரையாப்புக் கட்டி. இந் நோய் பிரதானமாக நிணநீர் முடிச்சுகளையும் நிணநீர்க் குழாய்களையும் பாதிக்கிறது. சாதாரணமாகத் தொடை இடுக்குகள், பிறப்புறுப்புகள், மலக் குடல், குதம் ஆகியவற்றில் இந் நோயின் வெளிப்பாடுகளைக் காணலாம்.

இந்நோயின் வளர்காலம் ஏறக்குறைய ஒரு வார காலமாகும். ஆரம்பத்தில் தோன்றும் புண்ணின் வடிவம் நிலையற்றதாகவும் வளைந்து வளைந்தும் காணப்படும்.

தொடைச் சந்துகளில் நிணநீர் முடிச்சுகள், பௌபார்ட் தசைநார்களின் போக்கில் வீங்குகின்றன. இந்த வீக்கக் கிரியையில் ஒன்றுக்கு மேற்பட்ட நிணநீர் முடிச்சு சம்பந்தப்படுகிறது. நிணநீர் முடிச்சுகளில் ஆரம்பித்த வீக்கம், மேலும் பல ஆழ்ந்த திசுக் களுக்கும் விரிவடைகிறது. மேல்தோலுக்கும் அது பரவும்போது மேல்தோல் இழுக்கப்பட்டு ஆரஞ்சுப் பழத்தின் மேல்தோலைப் போன்ற தோற்றத்தைப் பெறுகிறது. அல்லது வரி போன்ற பள்ளங்கள் தோன்றுகின்றன. தொள தொளத்த பல இடங்களைக்

கையால் அழுத்துவதன் மூலம் வீக்கத்தை உணரலாம். பலவீன மான இடங்களில் கட்டியின் மேலுள்ள தோல் பொத்துக் கொள்வதால் சீழ்த்துவாரங்கள் ஏற்படுகின்றன.

கட்டி வளரும்போது, நோயாளியின் உடலினுள் சில பாதிப்புகள் ஏற்படுவதால், நோயாளிகள் தவறுதலாக ஜீரணமண்டல நோய்கள் கொண்டவர்களோ என்னும் சந்தேகத்தையும் ஏற்படுத்துவதுண்டு. அல்புமின்-குளோபுலின் விகிதம் மாறிவிடக் கூடுமாகையால், இது மேலும் குழப்பத்தை உண்டாக்குகிறது.

ஓய்வினால் மட்டும்கூட, இந்த அரையாப்புக் கட்டி சரியாகி விட்ட உதாரணங்களும் உள்ளன. சிகிச்சையளிக்கப்படாத நோயாளிகளிடம் திடீரென நோய் குணமடையாவிடில், அது மேலும் முற்றிப் பிறப்புறுப்புகள் பெரிதும் வீங்கி அதில் புண்களும் ஏற்பட்டு நாட்பட்ட நோயாகிவிடும்.



படம் 20

அரையாப்புக் கட்டி (லிம்போ கிரானுலோமா வெனீரியம்) —ஆணின் இடத் தொடையிடுக்கில் தோன்றியுள்ள கட்டி; பிறப்புறுப்பில் எவ்விதப் புண்ணும் இல்லாததைக் காண்க.

குதத்தைச் சுற்றியுள்ள நிணநீர் அமைப்புக்கும் இக் கிருமிகள் பரவி அதன் விளைவாக, (அ) குதப் பாதையில் சுருக்கமின்றி அழற்சி ஏற்படுதல், (ஆ) அழற்சியின்றிக் குதப்பாதையில் சுருக்கம் ஏற்படுதல், (இ) வட்டமாகவோ, புனல் வடிவத்திலோ, குழல் வடிவத்திலோ சுருக்கம் ஏற்பட்டு அதனுடன் குதத்தில் வீக்கம் காணுதல்.

இக் கட்டிக்குப் பரிகாரம் தேடி ஆண் நோயாளிகள் ஆரம்பத்திலேயே மருத்துவமனைக்கு வருகிறார்கள்; ஆனால், பெரும் பாலும் பெண்கள் மலக்குழாயிலிருந்து ஏற்படும் இரத்த வடிநீர் போன்ற கசிவுடனோ குதத்துவாரத்தைச் சுற்றிலும் கோழிக் கொண்டையை ஒத்த புண்களுடனோ, மலங்கழித்தலில் அவதி ஏற்படுவதுடனோ, சிறுநீர்க் குழாய் அடைப்புடனோ, சிறுநீர்ப் புறவழிச் சுருக்கத்துடனோ மருத்துவரை அணுகுகிறார்கள். தோல் பல்வேறு வகையாகச் சிவந்து காணப்படும். சோங்க்

(Sonckl) தோல் அரிப்பு நோயும் காணப்படலாம். சென்னைப் பால்வினை நோய்க்கூடத்தில், இதுகாறும் காணப்பட்டுள்ள பிறப்பு உறுப்புகளில் அல்லாமல், பிற உறுப்புகளில் வெளிப் பாடடையும் பல்வேறு நோய் வகைகளுள், அரையாப்புக் கட்டி நோயானது மெனிங்கோ-என்சபாலிடிஸ், ஐரிடிஸ் போன்ற நோய்களையும், அக்குள், அடிவயிறு போன்ற பல பாகங்களில் பாதிப்புகளையும் ஏற்படுத்தியுள்ளது.



படம் 21
பெண்ணில் அரையாப்புக்கட்டி. வலத் தொடையிடுக்கில் தோன்றியுள்ள நிணநீர் முடிச்சு வீக்கம்.

நோய் நிர்ணயம்

'மியாகவெனெல்லா லிம்போ கிரானுலோமடிஸ்' என்பது தான் இந்த நோயை ஏற்படுத்துகிறது என்று முன்னர் நம்பப்பட்டு வந்தது. ஆனால், இப்போது நோயூக்கும் கிருமி ஒட்டுண்ணி வகையைச் சேர்ந்தது என்று நிர்ணயிக்கப்பட்டுள்ளது. அந்தக் கிருமியை எளிதில் எடுத்துக்காட்ட முடிவதில்லை. அதனை ஊட்டத் திரவத்தில் வளர்ப்பதும் எளிதன்று. ஃபிரி சோதனையின் (Frei test) மூலம் நோய் நிர்ணயம் சாத்தியமே. அதே போன்றுதான் 'எல்.ஜி.வி. காம்பிளிமென்ட் ஃபிஸ்கேஷன் சோதனை'யும். ஸீரம் புரோட்டின் மதிப்பீட்டின்போது அல்புமின் குளோபுமின் சதவிகிதம் தலைகீழாக மாற்றியிருப்பது தெரிய வருகிறது. மற்றும் காமா குளோபுலின் அதிக அளவு காணப் படுகிறது. அரையாப்புக் கட்டியிலிருந்து நிணநீர் முடிச்சின் ஒரு பகுதியை வெட்டியெடுத்து அதனைப் பரிசோதித்ததில் எபிதீயல் செல்லடுக்குகளையும் ஒழுங்கற்ற ஓரங்களையும் கொண்ட பற்பல நுண்சீழ்க்கட்டிகள் அவற்றிலிருப்பது கண்டுபிடிக்கப்பட்டுள்ளது.

சிகிச்சை முறை

குறிப்பான சிகிச்சை: சல்பானமைடுகள் இந்நோய்க்குக் குறிப்பான பலனையளிக்கின்றன. 1 கிராம் எல்கோசின் மாத்திரை, நாளொன்றுக்கு மூன்று வீதம் ஒரு வாரத்திற்குச் சாப்பிடுவது நல்ல பயனையளிக்கிறது. ஆறு மணி நேரத்திற்கு ஒரு முறை 500 மில்லிகிராம் பிராட் ஸ்பெக்டிராம் ஆன்டிபயாடிக்குள் 10 தினங்களுக்குக் கொடுப்பதும் நல்ல பலனையளிக்கும். ஆனால், அவை மிக விலையுயர்ந்த மருந்துகளாகும். பென்சிலினும் ஸ்டிரெப்டோமைசினும் இந் நோய்க்குப் பயனளிப்பதில்லை.

பாதிக்கப்பட்ட இடத்திற்குச் சிகிச்சை: நீர் கோத்துக்கொண்டுள்ள கட்டிகளிலிருந்து நீரை ஊசிமூலம் வெளியேற்ற வேண்டும். புண்களைச் சுத்தம்செய்து கட்டுப்போடுதலும் மலக்குழல் அழற்சி இருப்பின், 8000-ல் ஒன்று வீதம் பொட்டாசியம் பெர்மாங்கனேட் கரைசலைக் கொண்டு எனீமா கொடுத்தலும் வேண்டும்.

குதச் சுருக்கம் இருப்பின், அதை அப்போதைக்கப்போது ஹெகார் (Hegar) விரிவாக்கும் கருவியைக் (டைலேட்டர்) கொண்டு விரிவுபடுத்த வேண்டும். மலங்கழித்தபின், இரவு நேரத்தில் 20 சதவிகிதச் சல்பாகொனடீன் கரைசல் 6 அவுன்ஸ் எனீமாவும், அதையடுத்துச் சல்பானமைடு மாத்திரைகளையும் 10 தினங்கள் மாற்றிமாற்றிக் கொடுத்துவரவேண்டும். இவ்வாறு 10 முறைக்காவது மாற்றிமாற்றிச் சிகிச்சை தரப்பட வேண்டும். அப்போதைக்கப்போது இரத்தத்தைப் பரிசோதித்துக் கொள்ள வேண்டும். மலக்குழல் அழற்சியின்போது அறுவைச் சிகிச்சையைக் கடைப்பிடித்தலும் இதற்களிக்கப்படும் வேறு முறையாகும். குதத்தில் ஏற்பட்டுள்ள சுருக்கத்தை விரிவுபடுத்த முடியாவிடில் அறுவை முறை கடைப்பிடிக்கப்படுகிறது. ஆர்.வி.எஃப். மற்றும் வி.வி.எஃப்-பின்போது அறுவைச் சிகிச்சை திருப்திகரமானதாக இல்லை.

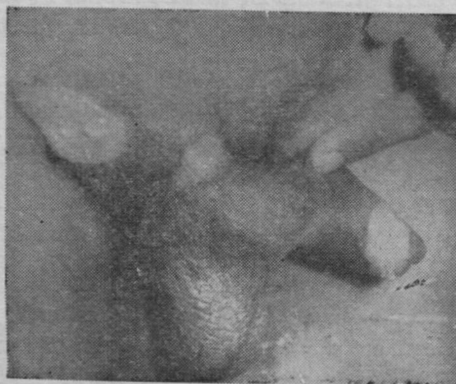
சிக்கல்கள்

இந்த நோயினால் சில வேளைகளில் கடுமையான குடல் அடைப்பு ஏற்படலாம். அது சில சமயங்களில் புற்றுநோயாகவும் மாறலாம்.

மணற்கழலை
(Granuloma Venereum or Donovanosis)

இந்த நோயை முதன்முதலில் 1882-ல் மக்ளியோட் என்பவரும், அதற்குப் பின்னர்ச் சென்னையில் மெய்தலண்டு என்பவரும்

விவரித்தனர். 1896-ல் பிரிட்டிஷ் கயானாவில் இதேபோன்ற நோயைக்கான்யர்ஸும், டேனியலும் விவரித்துள்ளனர். சென்னையில் கர்னல் டோனாவன் 1905-ல் இந்த நோயின் காரணக் கிருமியை விவரித்தார். ஆண்டர்சனும் அவரது சக ஊழியர்களும் இந்த நோய்க்கிருமிகளைக் கோழிக் கருவின் மஞ்சட் கருப்பையில் வளர்த்துத் தனிமைப்படுத்தினர்.



படம் 22
மணற்கழலை (கிரானுலோமா வெனீரியம்)—ஆணில், ஆண்குறியின் நுனிப்பாகத்திலும், குறியின் அடிப்புறத்திலும், வலத் தொடையிடுக்கு மடிப்பிலும் தோன்றியுள்ள பல அடுக்குப் புண்கள்.

இந்த நோய் சற்று நாட்பட்ட வளர்ச்சியடைகிறது; பிறப்புறுப்புகளின் புறத்தோலைத் தாக்கும் இது ஒருவரிடமிருந்து பிறருக்குத் தொற்றிக்கொள்ளும் பால்வினை நோயாகும். எப்போதேனும் இது பிறப்புறுப்புகளுக்கு அப்பாற்பட்ட பிற உறுப்புகளிலும் காணப்படுகிறது. வாயின் சவ்வுப்படலம் இந் நோயினால் தாக்குறலாம். உடலின் உள்ளுறுப்புகளின் செயல்முறையை இது பாதிப்பது அரிது எனினும் அவ்வாறு இந்நோய் பாதித்துள்ளதாகத் தகவல்கள் தெரிவிக்கின்றன.

இந் நோயின் வளர்காலம் 8-லிருந்து 100 தினங்கள்வரை ஆகும். ஆரம்பப் புண்ணானது, சிறிதாகவும் ஒரு பித்தான் போன்றும் இருக்கும். அல்லது பிறப்புறுப்பின் வெளிப்புறத்தில் சற்று உயர்ந்த வெல்வெட் போன்ற மிருதுவான திசு, கொண்டை போலத் தோன்றுகிறது. இதனைப் பரிசோதிக்கும்போது தொடையிடுக்கிலும், குதத் துவாரத்தைச் சுற்றியும் புண்ணின் அறிகுறிகளைக் காணலாம்.

புண்ணின் ஓரங்கள் திட்டவட்டமாக உள்ளன. எளிதில் அதில் இரத்தக் கசிவு ஏற்படும். பிறப்புறுப்பில் தோன்றும் இந்தப் புண் அதற்கருகேயுள்ள மடிப்புகளின் மூலம் பிற இடங்களுக்கும் விரிவடைகிறது. நாட்பட்ட நோய், உறுப்புகளில் வீக்கத்தை ஏற்படுத்தி, யானைக்கால் நோயைப் போன்ற தோற்றத்தை அளிக்கிறது.

அருகில் உள்ள நிணநீர் முடிச்சுகள் பாதிக்கப்படுவதில்லை எனினும் அரையாப்புக் கட்டிகளைப் போன்று தோன்றலாம். அவற்றை 'லிம்ஃபாடெனைடிஸ்' என்று தவறாக எண்ண இடமேற்படும். இந்த நோயின் வகைகளாவன :

1. பெரிதும் வளர்ச்சியடைந்த மருப்போன்ற புண்.

2. தழும்புபோன்ற புண்.

3. சதைப்பற்றுள்ள, நீர் கசியும் வகை

4. விரைவில் சேதத்தை, ஏற்படுத்தும் அழுகும் புண்.

சென்னைப் பால்வினை நோய்க்கூடத்தில் இப்புண் வாய், மூக்கு, கழுத்து. முன்கை, கால் ஆகிய உறுப்புகளில் ஏற்படுவதாகவும், உடலின் உட்கிரியைகளைப் பாதிப்பதாகவும் தகவல் குறிப்புகள் உள்ளன.



படம் 23

பிறப்புறுப்புக்கு அப்பாற்பட்டு, வல உள் கன்னத்தில் தோன்றியுள்ள 'கிரானுலோமா' புண்—புண்ணிலிருந்து வெளியாகும் கசிவினைச் சோதித்தால் 'கிரானு-லோமடிஸ்' பாக்டீரியாக்களைக் காணலாம்.

நோய் நிர்ணயம்

கீழ்க்காணும் முறைகளில் நோய்நிர்ணயம் எளிதாகச் செய்யப்படுகிறது.

1. பாதிக்கப்பட்ட திசுக் கசிவிலோ, அப் புண்ணிலிருந்து அகற்றப்பட்ட திசுக்களிலோ குறிப்பான கிரென்பிளாட் மற்றும் பண்ட்ஸெல்களுடனோ அல்லது இல்லாமலோ, டோனாவானியா கிரானுலோமடிஸ் கிருமிகளைக் காணலாம்.

2. செல்களை ஆராயும்போது, நாட்பட்ட கிரானுலோமா, புற்றுநோய் செல்களைப் போன்ற தோற்றமுடைய 'எபிதிலீயோமாடஸ்' வகையைக் காட்டக்கூடும்.

சிக்கல்கள்

'பியூலோஸ்பிரில்லோசிஸ்' என்னும் நோய் உண்டாதல். புற்றுநோய் ஏற்படல்.

சிகிச்சை முறை

*1913*ஆம் ஆண்டு, ஆரகாவோ என்பவரும், வியன்னா என்பவரும் ஆன்டிமனி சேர்ந்த கூட்டுப்பொருள்களைப் பயன்படுத்தினர். ஆனால், ஒருசில நோயாளிகளிடம் அது நிரந்தர குணத்தை அளிக்கத் தவறிற்று. 1947-ல் ஃபிலடெல்பியாவைச் சேர்ந்த பார்ட்டன் என்பாரும் அவரது கூட்டாளிகளும் ஸ்டிரெப்டோமைசினைப் பயன்படுத்திச் சிகிச்சையில் வெற்றிகண்டனர். அப்பொழுதிலிருந்தே, சென்னைப் பால்வினை நோய் ஆய்வுக் கூடத்தில் *1* கிராம் ஸ்டிரெப்டோமைசின் சல்பேட் தசை ஊசி மூலம் நாள் ஒன்றுக்கு இரண்டு தடவை வீதம் 10 தினங்களுக்குக் கொடுத்துச் சிகிச்சையளிக்கப்படுகிறது. இந் நோயைக் குணப்படுத்த அளிக்கப்படும் பிற ஆன்டிபயாடிக்குகள் குளோரோமைசிடினும் அக்ரோமைசினும் ஆகும். 6 மணி நேரத்திற்கு ஒரு முறை 500மி. கிராம் குளிகைகளை 10 தினங்களுக்கு உட்கொடுப்பது வெற்றியை அளித்துள்ளது. புண்ணின்மீது மீன் எண்ணெய் (shark liver oil) தடவுவதும் பயனளிக்கும்.



படம் 24

கிரானுலோமா வெனீரியம்—பெண் குறியிலும், ஆசனவாயிலும் தோன்றியுள்ள புண்கள்—இந்த நோயுடன் சம்பந்தமில்லாத யானை வீக்க 'வல்வா'வையும் காணலாம்.

உபசிகிச்சை முறைகள்

குறிப்பான சிகிச்சை முறையை வரையறுத்துக் கூறுமுன், ஆரம்பத்தில் பிற நோயூக்கும் கிருமிகளுக்கு—குறிப்பாகத் திருகு

கிருமிகளை வளரவிடாமல் தடுப்பதற்காக—எதிராகப் பென்சிலின் (PAM) ஊசி சாதாரணமாகப் போடப்படுகிறது. சோகை பிடித்தவர்களுக்கும் பெரிதும் வலுவிழந்தவர்களுக்கும் இரத்தம் கொடுக்கப்பட வேண்டும்.

விளைவுகள்: இந் நோய்க்கான சிகிச்சையில் பயன்கள் பெரிதும் திருப்திகரமானவை. நோய்க்கிருமிகள் ஒரு வாரத்திற்குள்ளாக மறைந்துவிடுகின்றன. புண்களும் 2-லிருந்து 3 வாரங்களுக்குள் நன்றாக ஆறிவிடும்.

ஒருசில நோயாளிகளிடம் நோய் மீண்டும் ஏற்படுவதாகத் தெரியவந்துள்ளது. மிகச் சில நோயாளிகளிடமே, மருந்துகள் பலனளிப்பதில்லை. ஆன்டிபயாடிக்குகளை மாற்றிக் கொடுப்பதன் மூலமோ, ஆன்டிமனிக் கூட்டுப்பொருள்களைக் கொடுப்பதன் மூலமோ இந்த இன்னலையும் வெற்றிகாண முடியும்.



படம் 25
ஆணின் மலப்புழைப் பகுதியில் தோன்றியுள்ள 'கிரானுலோமா வெனீரியம்.

சிகிச்சையிலும் ஒரு புதிர்: சில சமயங்களில் புண்கள் நன்றாகக் குணமடைந்த போதும், அப்புண்கள் உடல் துவாரங்களின் வாயிலில் ஏற்பட்டிருந்தால், அப் பகுதிகளில் ஏதேனும் ஒரு தோற்ற ஊனம் ஏற்பட்டுவிடுகிறது. அத்தகைய குறைபாடுகளுக்குப் 'பிளாஸ்டிக்' அறுவை நிபுணரின் துணை தேவைப்படலாம்.

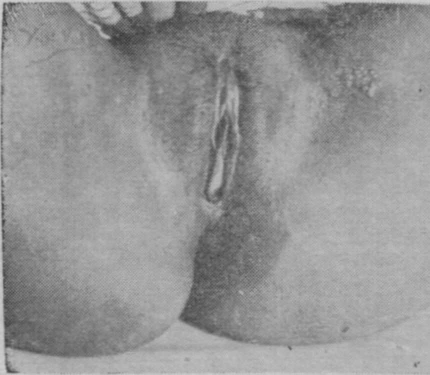
பிறப்புறுப்புகளையும் அவற்றையொட்டிய பகுதிகளையும் தாக்கும் பால்வினை நோய் சாராத பாதிப்புகள்

யாஸ் (Yaws): இது கிரந்தி நோயைப் போன்ற, ஆனால் பால்வினைத் தோற்றுவாயற்ற நோய்களில் ஒன்றாகும். காடுகளில் வசிக்கும் ஆதிவாசிகளை இந்நோய் பாதிப்பதாகத் தெரியவந்துள்ளது. இந்த நோய் ஒருவரிடமிருந்து பிறருக்குத் தொற்றிக் கொள்ளக் கூடியது. 'டிரிப்போனிமா பெர்டென்யூ' என்னும்

திருகு ஒட்டுண்ணியினால் ஏற்படுவது இந்த நோய். இதனை **1905**-ல் காஸ்டிலினி என்பவர் கண்டுபிடித்தார்.

மக்களிலும், இளம் வயதினரையே இது பெரிதும் பாதிக்கிறது. சாதாரணமாகப் பிறப்புறுப்புகளுக்கு அப்பாற்பட்ட எலும்புகளும், தோலும் இந் நோயினால் பெரிதும் தாக்கப்படுகின்றன. நோய்வாய்ப்பட்டவரின் புண்ணுடன் நேரடியாகத் தொடர்பு ஏற்படுவதானாலோ, கிருமிகளைச் சுமந்து சென்று பரப்பும் சாதாரண ஈக்களினாலோ இது பரவுகிறது.

'யாஸ்' என்பது பரம்பரை நோய் அன்று. இருதய இரத்த ஓட்ட மண்டலமும், மத்திய நரம்பு மண்டலமும், விசேஷ உறுப்புகளும் இதன் பாதிப்பிற்குத் தப்பிவிடுகின்றன.



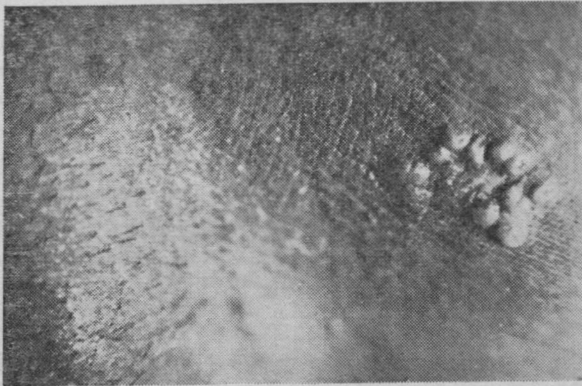
படம் 26
பால்வினை நோய்—இடத் தொடையில் தோன்றியுள்ள ஹெர்பிஸ்.

'யாஸ்' நோயால் பாதிக்கப்பட்டவர்களின் நிலையும், கிரந்தி நோயால் பாதிக்கப்பட்டவர்களின் நிலையும் ஒரேமாதிரியாக இருப்பதாலும், இரு வகை நோய்களிலும் நோயூக்கும் கிருமிகளின் அமைப்பு வேறுபடுத்த முடியாத தன்மை கொண்டதாக இருப்பதாலும் இருவகை நோயுற்றவர்களின் இரத்தத்தையும் எடுத்து, இரத்த ஸீரத்தைக் கிரந்தி நோய்க்குப் பரிசோதனை செய்தால், அதன் முடிவு ஒரே மாதிரியாக இருப்பதாலும், இரண்டு நோய்களுமே ஒரேவிதச் சிகிச்சையில்—முன்னாளில் ஆர்சனிக்கும், தற்போது பெனிசிலினும்—குணமடைவதாலும், 'யாஸ்' என்னும் நோயின் தன்மைகளையும் மனத்தில் கொள்வது நல்லது.

மேகநோயற்ற சிறுநீர்ப் புறவழி அழற்சி

பால்வினை நோய்களுக்குச் சிகிச்சையளிப்பதில், ஆன்டிபயாடிக்குகள் புகுத்தப்பட்டதிலிருந்து, மேகநோய் தனது பெரும் முக்கியத்துவத்தை இழந்துவிட்டது என்றாலும்கூட வெளிநாடுகளிலிருந்து கிடைக்கப்பெறும் தகவல்களிலிருந்து, இந்த மருந்து

களுக்குக்கூட எதிர்ப்புத் தன்மையை—ஓரளவுக்கோ முழுவது மாகவோ—வளர்த்துக்கொள்ளும் போக்கு நிஸீரியே கொனரியாக்



படம் 27

பிறப்புறுப்பு ஹெர்பிஸ்—உருப்பெருக்கப்பட்ட தோற்றம்.

கிருமிகளிடையே காணப்படுகிறதென்று தெரிகிறது. பிறப்பு உறுப்புகளிலும், சிறுநீர்ப் புறவழியிலும், மலக்குழாய், குதத்திலும், சளிச் சவ்வுப் பகுதிகளிலும் அழற்சி கண்டுள்ள பல நோயாளிகள் அடிக்கடி பால்வினை நோய்க் கூடத்திற்கு வரக் கூடும். ஆனால், அவர்களது நோய்க்கான காரணிகள் மேக நோய்க் காரணிகள் அல்ல. சீழ் உண்டாக்கும் அல்லது காளான், ஒட்டுண்ணிகளால் ஏற்படும், அல்லது டிரைகோமானட் கிருமிகளால் ஏற்படும், அல்லது வைரஸ்களால் உண்டாகும் பல்வேறு



படம் 28

பிறப்புறுப்பில் தோன்றும் 'மொலுங்கம் கன்டாஜியோசம்'.

புண்களும் மேகநோயோ என்னும் சந்தேகத்தைத் தோற்றுவிக்கக் கூடும். மேகநோய் அற்ற சிறுநீர்ப் புறவழி அழற்சியானது, அது

சாதாரணமாகவோ, தீவிரமானதாகவோ, நாட்பட்ட சிக்கலான தாகவோ எவ்வாறிருந்தபோதும், அதன் நோய்த்தன்மை மேக நோய்த் தன்மைகளையே ஒத்துள்ளது. ஒரே ஒரு வேறுபாடு, அப்புண்களிலிருந்து வெளிப்படும் கசிவை, நுண்பெருக்கியில் ஆராய்ந்தாலும் அல்லது ஊட்டக் கரைசலில் வளர்த்தாலும், அதில் மேகநோய்க் கிருமிகள் இருப்பதில்லை. மேகநோயற்ற, சிறுநீர்ப் புறவழி அழற்சியானது, டிரைகோமோனாடு கிருமி களால் ஏற்பட்டதாக இருப் பின், அதற்கான சிகிச்சை பெரிதும் திருப்திகரமானது. ஏனெனில், ஃபிளாஜில் (Flagyl) மாத்திரை (200 மி.கி.) நாளொன்றுக்கு மூன்று வீதம் 7 தினங் களுக்குக் கொடுத்துவர, அந் நோய் குணமாகிவிடும். பிற காரணங்களால் ஏற் படும் மேகநோயற்ற சிறு நீர்ப் புறவழி அழற்சிக்கான சிகிச்சை கீழ்வருமாறு: (1) 1 கிராம் ஸ்டிரெப்டோ மைசின் சல்பேட், தசை ஊசி நாளொன்றுக்கு ஒரு முறை வீதம் 5 தினங்கள் கொடுக்கப்பட வேண்டும். (2) அதனுடன் சேர்த்துப் போதுமான அளவில் தினசரி சல்பானமைடுகளையும் காரத் தன்மை வாய்ந்த மருந்துக் கலவைகளையும், ஏழு தினங்களுக்குச் சந்தர்ப்பத்திற்கேற்றாற்போல, பயன்களைக் கணக்கில்கொண்டு கொடுத்துவரலாம். அட்னெக்ஸல், மற்றும் மெடாஸ்டிக் சிக்கல் கள் ஏற்பட்டால், மேற்சொன்ன சிகிச்சையுடன், இறந்துபட்ட டைஃபாய்டு கிருமிகளை இரத்தக் குழலில் ஊசிமூலம் செலுத்திக் காய்ச்சலை ஏற்படுத்தும் சிகிச்சை முறையையும் கையாள வேண்டும். நோயாளிகளின் பாதிக்கப்பட்ட உறுப்புகளுக்கும், அவர் களுடன் தொடர்புடையவர்களுக்கும் தகுந்த சிகிச்சையளிக்க வேண்டும்.

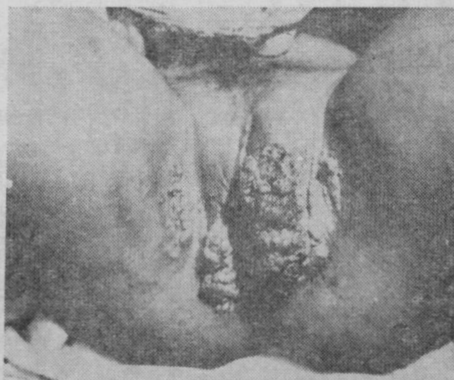


படம் 29
ஆண்குறியின் நுனிப்புறத்தில் கசிவுப் புண்களைக் காட்டும் 'பிளான்ட்-வின்சன்டின்' ஃபுயூஸோஸ் பைரிலோசிஸ்.

பிறப்புறுப்புகளில் தோன்றும் கரணை

'எபிடெர்மிஸ்' என்னும் புறத்தோலிலுள்ள செல் அடுக்கு விரி வடைந்து வெளிப்படுவதனால் ஏற்படும் ஆபத்தற்ற வளர்ச்சியே

பிறப்புறுப்பில் தோன்றும் கரணைகள். அவை தோலை ஒட்டிய ஒரு சிறு கொப்புளம் போன்றோ, நீண்டதாகவோ, தனித்தோ அல்லது ஒருசில சேர்ந்தோ காணப்படலாம். ஆண்களில் இத் தகைய கரணை, குறியின் முன்தோலின் உட்புறமோ, குறி நுனியைச் சுற்றியோ, நுனியிலோ ஏற்படுகிறது. பெண்களில் குறிப்புழையின் தொடக்கத்தில் தோலும் சவ்வுத்திசுவும் இணை யும் இடத்திலோ புழையின் சவ்வுத் திசுவிலோ தோன்றுகிறது. சவ்வுத்திசு, ஈரப்பசையுடையதாக இருப்பதாலும் புற எபிதீலிய அடுக்கு ஈரத்தில் நனைவதாலும் அது ஒரு விசேஷ நாற்றத்தை ஏற்படுத்துகிறது. கரணைகளிலிருந்து எளிதில் இரத்தம் கசியும். அவற்றிலிருந்து வெளிப்படும் கசிவில் இதுகாறும் அறியப்பட்டுள்ள பால்வினை நோய்களுடன் சம்பந்தப்பட்ட எந்தக் கிருமிகளும் இல்லாதிருப்பதாலும், அவற்றின் விசேஷ அமைப்பினாலும், கரணைகளைப் பால்வினைப் புண்களிலிருந்து குறிப்பாகக் கிரந்தி யுடன் சம்பந்தப்பட்ட 'காண்டிலோமா லேடா' விலிருந்து வேறு படுத்தி அறியலாம். இதற்கான சிகிச்சை, எதில் ஆல்கஹாலுடன்



படம் 30
பிறப்புறுப்புக் கரணை.

(Ethyl Alcohol) கூடிய 20 சதவிகிதப் போடோ பைலின் ரெசினை மேற்பூச்சாகப் போட்டு, அது எட்டு மணி நேரத்திற்கு அதிலேயே இருக்குமாறு செய்தல். அவ்வாறு செய்யும்போது சுற்றி யுள்ள தோல் பாதுகாக்கப்படவேண்டும். மருத்துவ நடவடிக்கை களின் மூலம் பலனில்லை என்றால் கரணைகளை அறுவை மூலம் அகற்றலாம். அவ்வாறு வெட்டியெடுக்கப்பட்ட கரணைகள் பரிசோதிக்கப்பட வேண்டும்.

ஹெர்பிஸ் புரோஜெனிடேலிஸ்
(Herpes Progenitalis)

ஹெர்பிஸ் புரோஜெனிடேலிஸ் என்பது தோல் கொப்புளித்துக் கொண்டு படைபடையாக ஏற்படும் ஒரு தோல் நோய். சாதாரண ஹெர்பிஸ், ஹெர்பிஸ் சிம்பலெக்ஸ் (Herpes Simplex) எனப்படு கிறது. பிறப்புறுப்புகளின் வெளித்தோலில் ஏற்படும் ஹெர்பிஸ், ஹெர்பிஸ் புரோஜெனிடேலிஸ் எனப்படுகிறது.

அந்த நபரின் வாழ்க்கைப் பின்னணி, கொப்புளங்கள் கொத்துக் கொத்தாகத் தோன்றுதல், அவை குறுகிய காலத்திற்கே இருந்து தாமாகவே குணமடையும் தன்மை, புண்கள் குறிப்பிட்ட கால இடைவெளியில் மீண்டும் மீண்டும் தோன்றுதல் கொப்புளங் களுக்கு அருகிலுள்ள நிணநீர்ச் சுரப்பிகளில் பாதிப்பின்மை ஆகிய வற்றைக் கொண்டு பால்வினை நோய்களிலிருந்து இதனை வேறு படுத்தி அறியலாம்.

இது ஒரு வைரஸ் நோய். இந்த வைரஸைக் கோழிக்கருவில் எளிதில் வளர்க்கலாம். இதற்கான சிகிச்சை திருப்திகரமானதாக இல்லை. பாதிக்கப்பட்ட பகுதியில் ஏதேனும் பொடி தூவி அப் பகுதியை உலர்ந்தபடி வைத்திருக்க வேண்டும். அம்மைப்பால் நிணநீரை வாரம் ஒருமுறை, 8 வார காலத்திற்கு அம்மை குத்திக் கொள்வது தற்போது இதற்கான சிகிச்சை முறையாகும். மீண்டும் நோய் ஏற்படுவதை அவை தடுக்கும் என்று எதிர்பார்க்கப் படுகிறது.

பாதிக்கப்பட்ட இடத்தில் ‘அயோடாக்ஸ் யுரிடின்’ போடுவது உடனடி நிவாரணம் தரக்கூடும். நோயாளியுடன் தொடர்புடை யவர்கள் அனைவருக்கும் ஒரே நேரத்தில் சிகிச்சை தரப்பட வேண்டும்.
